様式 1-2(東京都薬剤師会 薬剤師生涯研修認定制度の認定を有している方用)

東京都薬剤師会認定薬剤師申請書(更新)

申請日(西暦) ２０　　年　　月　　日

公益社団法人東京都薬剤師会 会長　殿

所定の単位を取得したので、公益社団法人東京都薬剤師会の薬剤師生涯研修認定制度実施要綱に基づき認定薬剤師の更新を申請します。

申　請　者	フリガナ			㊞
	氏　名			
生年月日	(西暦)　　年　　月　　日	性別	□ 男性　□ 女性	
現住所 ＊1	〒　　－ □ 自宅　□ 勤務先			
電話番号	－　　－	日中連絡の取れる電話番号	－　　－	
Ｅ－ｍａｉｌ	＠　　※携帯電話のアドレスは不可			
薬剤師名簿登録番号	第　　号　※薬剤師免許証に記載されている番号です			
認定薬剤師 登録番号	第　　号　※東京都薬剤師会が発行した認定薬剤師証に記載されている番号です。日本薬剤師研修センター等、他のプロバイダーの認定をお持ちの方は「様式 1-3 (他プロバイダーからの更新)」をご利用ください。			
職業の分類	□ 薬局・薬店　□ 病院・診療所　□ 教育・研究機関 □ 企業　□ その他 (　　)　□ 無職			
取得単位数	合　計　　単位			
認定後ＨＰへの掲載	□ 希望する　□ 希望しない			
やむを得ない事由による認定期間の延長	□ あり　□ なし	ありの場合は、期間延長申請承認後に送付した、認定薬剤師認定期間延長申請 承認通知書の写しを添付すること		
認定申請料の納入	□ 認定証のみ 8,800 円　□ 認定証と ID カード 12,100 円 納入方法 □ 東京都薬剤師会事務局で支払う **(必ず、事前に来会日をお知らせください)** □ 指定金融機関口座に振り込み済み 振り込みの場合は「ご利用明細」の写し(A4 サイズ)を添付すること ※振込先：三菱ＵＦＪ銀行 (機関コード 0005) 神保町(ｼﾞﾝﾎﾞｳﾁｮｳ)支店 (支店コード 013) 普通預金 口座番号 1936877 公益社団法人東京都薬剤師会　ｼﾔ) ﾄｳｷｮｳﾄﾔｸｻﾞｲｼｶｲ			
添付書類	□ 研修単位集計表(様式 2-1)及び研修単位記録表(様式 2-2)又は、他のプロバイダーが発行した研修手帳等、単位取得を証明するもの □ (前回認定申請時から薬剤師免許証の情報が変更になった方のみ) 薬剤師免許証の写し(A4 サイズ) □ (ID カード発行希望者のみ) ID カード用の顔写真 (カラー写真、無背景、正面、無帽、上半身、3cm×2.4cm) □ (ID カード発行希望者のみ) 公の機関が発行した顔写真入り身分証の写し 例：運転免許証、日本国旅券、マイナンバーカード □ (認定期間延長者のみ) 認定薬剤師認定期間延長申請 承認通知書の写し			

個人情報保護法を遵守し、申請書に記載された個人情報は管理責任者のもとで適正に取り扱います。

＊1 「現住所」欄に記入いただいた住所宛に、認定薬剤師証や各種ご案内をお送りします。
勤務先を指定する場合は、必ず勤務先名まで記入してください。