**（一社）日本女性薬剤師会生涯研修認定制度認定研修会等　受講証明書申請用紙**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日 | | | （西暦）　　　　年　　　　月　　　 日 | | | |
|  | | |  | | | |
| ふりがな | | |  | | | | 生年月日 | （西暦）　　　　年  月　　　日 | |
| 氏　　名 | | |  | | 男・女 | |
| 現 住 所 | | | （〒　　　－　　　　） | | | | | | |
| 連 絡 先 | | | 電話番号　　　　（　　　　）　　　　　（□　自宅　　□　勤務先　□　携帯） | | | | | | |
| 受渡方法 | | | □　郵送（返信用封筒同封のこと）　　□　メール | | | | | | |
| 証明書郵送先  （郵送希望の  場合のみ記載） | | | （〒　　　－　　　　）  ※現住所と同一の場合は、「同上」と記入してください。 | | | | | | |
| メールアドレス | | | ＠  ※受渡方法を「メール」とする方は、必ずＰＣのメールアドレスを記入してください。 | | | | | | |
| 「受講証明書」の発行を希望する各研修の情報（生涯研修認定単位シールに記載された内容） | | | | | | | | | |
|  | 受講年月日 | | | 研修区分 | | 開催会場 | | | 単位数 |
| 例 | 2019年 6月 23日 | | | 日本女性薬剤師会学術講演会 | | KFCセンター | | | 4 |
| ※以下同様の場合は、「〃」と記載しても差し支えない。 | | | | |
| 1 | 年　　月　　日 | | |  | |  | | |  |
| 2 | 年　　月　　日 | | |  | |  | | |  |
| 3 | 年　　月　　日 | | |  | |  | | |  |
| 4 | 年　　月　　日 | | |  | |  | | |  |
| 5 | 年　　月　　日 | | |  | |  | | |  |
| 6 | 年　　月　　日 | | |  | |  | | |  |
| 7 | 年　　月　　日 | | |  | |  | | |  |
| 8 | 年　　月　　日 | | |  | |  | | |  |
| 9 | 年　　月　　日 | | |  | |  | | |  |
| 10 | 年　　月　　日 | | |  | |  | | |  |
| 薬剤師名簿登録番号 | | 第　　　　　　　　　　　　　号（　　　　年　　月　　日　登録） | | | | | | | |
| 確認事項  （チェック印  ☑記載） | | □本申請用紙の全ての項目に不備、漏れがなく正しく記載されている。  □郵送希望の場合、返信用封筒「定形」に切手84円（1回～3回分4回～10回分は  94円）を貼付、宛先が明記されている。  □薬剤師免許証の写し（１通）がある。 | | | | | | | |

【事務局使用欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 |  | 発送年月日 |  |
| 発行番号 |  | | |
| 備考欄 |  | | |