

\*認定番号: \_\_\_\_\_  
 \*認定年月日:西暦 年 月 日  
 \*申請番号: \_\_\_\_\_  
 \*入金確認日: \_\_\_\_\_

(\*は記入しないで下さい)

一般社団法人昭薬同窓会・平成塾生涯学習認定薬剤師証交付申請書

一般社団法人昭薬同窓会生涯学習認定薬剤師の認定を申請いたします。認定された場合、一般社団法人昭薬同窓会誌及び ホームページ上に、認定番号、認定年月日、氏名、所属施設名が掲載されることを承諾いたします。

申請日	西暦 年 月 日		
ふりがな	( )	性	男性・女性
申請者氏名	印	別	(○で区分)
生年月日 (満年齢)	西暦 年 月 日 ( 歳)		
自宅住所 電話番号	〒 - ☎ - -		
所属施設名・所属部署			
所属施設所在地 電話番号	〒 - ☎ - -		
薬剤師名簿登録(免許) 番号(登録年月日)	第 号 S・H・西暦 年 月 日		
認定薬剤師履歴 該当するものについて 最新(更新)番号記入	機構により認証された生涯研修認定制度による認定薬剤師認定機関名 ( ) 認定番号 ( )		
生涯学習開始日	西暦 年 月 日		
生涯学習終了日	西暦 年 月 日		

\*1.振替払込請求書兼受領書の写しを裏面に貼付して下さい。

ゆうちょ銀行払込口座 口座番号 当座 00180-0-324854 加入者名 一般社団法人昭薬同窓会・平成塾

\*2.既取得の認定薬剤師の認定証をお持ちの方はその写しを添付して下さい。

送り先: 〒194-0042 東京都町田市東玉川学園 3-3138-5F 一般社団法人昭薬同窓会・平成塾宛

様式 2

\*認定番号: \_\_\_\_\_

\*認定年月日:西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\*申請番号: \_\_\_\_\_

\*入金確認日: \_\_\_\_\_

(\*は記入しないで下さい)

一般社団法人昭薬同窓会・平成塾生涯学習認定薬剤師証更新申請書

一般社団法人昭薬同窓会生涯学習認定薬剤師の更新認定を申請いたします。認定された場合、一般社団法人昭薬同窓会誌及びホームページ上に、認定番号、認定年月日、氏名、所属施設名が掲載されること承諾いたします。

更新申請日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
(ふりがな) 申請者氏名	( _____ ) 印	性別	男性・女性 (○で区分)
生年月日(満年齢)	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳)		
自宅住所 電話番号	〒 _____ - _____ ☎ _____ - _____		
所属施設名・所属部署			
所属施設所在地 電話番号	〒 _____ - _____ ☎ _____ - _____		
薬剤師名簿登録(免許)番号 (登録年月日)	第 _____ 号 S・H・西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
生涯学習開始日	_____ 年 _____ 月 _____ 日		
生涯学習終了日	_____ 年 _____ 月 _____ 日		
認定薬剤師履歴 最新(更新)番号記入	機構により認証された生涯研修認定制度による認定薬剤師認定機関名 ( _____ ) 認定番号 ( _____ )		

\*1.振替払込請求書兼受領書の写しを裏面に貼付して下さい。

ゆうちょ銀行払込口座 口座番号 当座 00180-0-324854 加入者名 一般社団法人昭薬同窓会・平成塾

\*2.既取得の認定薬剤師の認定証の写しを添付して下さい。

送り先：〒194-0042 東京都町田市東玉川学園 3-3138-5F 一般社団法人昭薬同窓会・平成塾宛

一般社団法人昭薬同窓会・平成塾生涯学習認定薬剤師認定書再発行申請書

ふりがな 氏 名	
認 定 番 号	第 号
自 宅 住 所 電 話 番 号	〒 — ☎ — —
所属施設名・所属部署	
所属施設所在地 電 話 番 号	〒 — ☎ — —
備 考	

\*1.個人情報について、一般社団法人昭薬同窓会会誌及びホームページに認定番号、認定年月日、氏名、所属施設名を公表する以外に使用することは一切ありません。

\*2.振替払込請求書兼受領書の写しを裏面に貼付して下さい。

## 自己研修報告書

一般社団法人昭薬同窓会・平成塾塾長 殿

自己研修を行いましたので、認定薬剤師研修制度「一般社団法人昭薬同窓会・平成塾認定基準」に基づき報告します。

報告者	ふりがな 氏名	印	
住所	〒 — — — — — ☎ — — — — —		
連絡先電話番号	— — — — —	FAX	— — — — —
認定薬剤師登録番号	薬剤師名簿登録番号		

1. 研修課題				
2. 研修の目的				
3. 研修テキスト				
4. 研修日程及び研修時間	学習年月日		学習時間	
	年	月 日	時間	
	年	月 日	時間	
	年	月 日	時間	
4. 研修日程及び研修時間	年	月 日	積算時間	時間
	年	月 日	積算時間	時間
5. 研修場所	(○で囲む) 1.自宅 2.職場 3.その他			
6. 研修単位シール	1単位 枚	自己研修は4時間1単位です。1単位毎に報告書を御提出下さい。		
7. 添付書類	<input type="checkbox"/> 「自己研修成果報告書」 (1単位毎に500字以内のレポート)			

〒194-0042 東京都町田市東玉川学園 3-3138-5F 一般社団法人昭薬同窓会・平成塾宛

事務局記入欄	受理日	年 月 日	研修識別番号
	担当者		