様式1

＊認定番号:

＊認定年月日:令和　　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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請日 | 令和　　年　　月　　　日 | | |
| （ふりがな）  申 請 者 氏 名 | ( 　　　　　　 )  　　　　　　　　 印 | 性  別 | 男性・女性  (どちらかに○） |
| 生年月日（満年齢） | S・H　　　年　　　月　　　日（　　　　歳） | | |
| 自　宅　住　所  電　話　番　号 | 〒　　　　－ ☎　　　　　－　　　　　－ | | |
| 電子メール | ＠ | | |
| 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・R　　　　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 | 平成・令和　　 年　　　月　　　日 | | |
| 生涯学習終了日 | 平成・令和　　　　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

　 　(申請料は1万円です。消費税は掛かりません。)

＊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

〒194-0042　東京都町田市東玉川学園3-2-2-5F　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:令和　　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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 更新申請日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| (ふりがな）  申 請 者 氏 名 | ( 　　　　　 )  　　 印 | 性  別 | 男性・女性  (どちらかに○） |
| 生年月日（満年齢） | S・H　　　年　　　月　　　日（　　　歳） | | |
| 自　宅　住　所  電　話　番　号 | 〒　　　－　　　 ☎　　　　－　　　　－ | | |
| 電子メール | ＠ | | |
| 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・R 　　　年　　月　　日 | | |
| 生涯学習開始日 | 平成・令和　 　　　 年　　　月　　　日 | | |
| 生涯学習終了日 | 平成・令和　　　　 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

　(申請料は1万円です。消費税は掛かりません。)

＊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

〒194-0042　東京都町田市東玉川学園3-2-2-5F　一般社団法人昭薬同窓会・平成塾宛

様式3

**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 | 〒　　　　－　　　 ☎　　　　－　　　　－ |
| 電子メール | ＠ |
| 所属施設名・所属部署 |  |
| 所属施設所在地  電　話　番　号 | 〒　　　　－　　　 ☎　　　　－　　　　－ |
| 備　　考 |  |

＊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。

〒194-0042　東京都町田市東玉川学園3-2-2-5F　一般社団法人昭薬同窓会・平成塾宛

様式4

令和　　　年　　　月　　　日

**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　　　　－　　　　－ | |
| 電子メール | ＠ | | | |
| 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 | |
| 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 | □「自己研修成果報告書」（1単位毎に500字以内のレポート） | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事務局記入欄 | 受理日 | 年　　　月　　　日 | 研修識別番号 |
| 担当者 |  |  |

〒194-0042　東京都町田市東玉川学園3-2-2-5F　一般社団法人昭薬同窓会・平成塾宛