昭薬同窓会・平成塾認定研修会等受講証明書交付申請書

申 請 日	（西暦）　　年　　月　　日		
ふりがな 氏　　名	（男 ・ 女）	生年月日	（西暦） 年　　月　　日
現住所	(〒　　－　　) 連絡先電話番号　　（　　）　　（□ 自宅 □ 勤務先 □ 携帯）		
証明書送付方法	郵送・ 電子メール　（どちらかを囲む □）		
証明書送付先	郵送を希望する場合（※現住所と同一の場合、同上と記入願います。） （〒　　－　　） 連絡先電話番号　　（　　）　　（□ 自宅 □ 勤務先 □ 携帯）		
	電子メール添付を希望する場合 メールアドレス（携帯電話不可） @ （※電子メールでの申請申込みの場合は記入不要です。 但し、他のメルアドへの送付の場合はご記入願います。）		
受講年月日	年　　月　　日・　　月　　日 ※複数の研修会の場合は、すべて記載してください。		
研修会等の名称	※複数の研修会の場合は、すべて記載してください。		
取得単位数	単位シール枚数（　　）枚　合計単位数　（　　）単位		
薬剤師名簿登録番号	第　　号　（西暦　　年　　月　　日　登録）		
確認項目	以下の項目をチェックしてください。 □本申請用紙全ての項目に不備、漏れがなく正しく記載されている。 □郵送の場合、返信用封筒が長形 3 号封筒であり、切手貼付、宛先が明記されている。 □正しい薬剤師登録番号を記入している。		

注意事項：受講証明書（A4 サイズ）は単位シールごとに 1 枚の発行になります。郵送を希望される場合、証明書の枚数が多い方は返信用封筒の切手に不足が生じないようご注意ください。

【事務記入欄】

受付者				送付日
発行　No		受付年月日	年　　月　　日	年　　月　　日

一般社団法人昭薬同窓会・平成塾事務局