

東京都薬剤師会 受講証明書申請書

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

公益社団法人東京都薬剤師会の認定単位について、受講証明書の発行を申請します。

申請者	フリガナ	
	氏名	
日中連絡の取れる電話番号	- -	
薬剤師名簿登録番号	第 号 ※申請時に薬剤師免許証の写しを必ず添付してください	
受け渡し方法 (□印にチェックし 情報を記入する)	<input type="checkbox"/> 郵送 *1	〒 - 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。 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
	<input type="checkbox"/> メール	@ 携帯電話のアドレスは記入しないでください。メールが正しく送信されない可能性があります

以下、単位シールに記載されている研修情報をそのまま記入してください

	研修コード *2	研修年月日	研修名称
例	G26-220218-A01-0001	2022年2月18日	令和3年度 第1回〇〇研修会
1	G26- - -	20 年 月 日	
2	G26- - -	20 年 月 日	
3	G26- - -	20 年 月 日	
4	G26- - -	20 年 月 日	
5	G26- - -	20 年 月 日	

件数が6件以上の場合は、本申請様式を複数枚用いて申請してください *1

確認事項 (□印にチェック)	<input type="checkbox"/> 本様式の全ての項目に、不備・記入漏れがなく正しく記載されている <input type="checkbox"/> 薬剤師免許証の写し(1通、A4サイズ)が添付されている <input type="checkbox"/> 郵送の場合、返信用封筒(長3封筒・94円切手貼付・宛名記載)が添付されている <u>※返信用封筒は本様式1枚につき、1通添付してください</u>
-------------------	--

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 郵送での受け渡しをご希望の場合、本様式1枚につき返信用封筒(長3封筒・94円切手を貼付・宛名記載)を1枚添付してください。

*2 認定単位(単位シール)の上部に記載された、G26から始まる19桁(ハイフンを含む)の英数字です。