

平成 年 月 日

埼玉県病院薬剤師会 研修センター長 殿

申請者氏名	ふりがな 氏名： (必須) 印	性別 1. 男性 (○で囲む) 2. 女性
生年月日	年 月 日	
認定証送付先 住所 連絡先電話番号	自宅・勤務先(どちらかを○で囲む) 〒 ビル・施設名 TEL	

研修認定薬剤師新規申請書

1. 取得単位	単位
2. 申請日	年 月 日
3. 薬剤師名簿登録番号	
4. 薬剤師名簿登録年月日	年 月 日
5. 職業の分類 (該当番号を○でかこむ)	1、病院 2、薬局 3、診療所 4、製薬企業 5、医薬品卸業 6、教育 7、行政 8、フリー 9、その他 ()
6. 所属施設名	
7 研修認定薬剤師カード希望 (該当番号を○でかこむ)	有り (カラー写真、背景無地、縦4cm×横3.5cmを1枚同封) 無し
8. 申請料納入 (該当番号を○でかこむ)	下記の申請料を振り込み、「払込兼受領書」の写しを裏面に貼付すること 1. 研修認定薬剤師証のみ (10,000円) 2. 研修認定薬剤師証と研修認定薬剤師カード (11,400円) ※振込先 埼玉りそな銀行 北浦和支店(普) 口座番号 4163659 埼玉県病院薬剤師会
9. 上記の取得単位の研修内容項目について該当したところにチェックを入れる	<input type="checkbox"/> 調剤・製剤 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 病棟薬剤業務 <input type="checkbox"/> 処方解析 <input type="checkbox"/> 副作用・相互作用 <input type="checkbox"/> 医薬品情報 <input type="checkbox"/> 在宅医療 <input type="checkbox"/> 医療関係法規 <input type="checkbox"/> プライマリケア <input type="checkbox"/> 東洋医学 <input type="checkbox"/> 薬理学 <input type="checkbox"/> 医療安全・医療倫理 <input type="checkbox"/> セルフメディケーション <input type="checkbox"/> コミュニケーション <input type="checkbox"/> フィジカルアセスメント <input type="checkbox"/> その他
10. その他 連絡事項等	

- (注)
- ・4年間以内に40単位の取得が必要。ただし毎年5単位以上取得の事。
 - ・研修手帳の単位取得集計表を記入の事。1年目開始年月日は最初に研修シール貼付日となる。
 - ・研修手帳の最終頁にある各項目を記入の事。
 - ・本申請書提出時、薬剤免許証(A4縮小可)、研修手帳も一緒に送付の事。
 - ・本申請において不備が認められた時、認定否となる場合がある。