

# 研修認定薬剤師認定申請書

( 新規 ・ 更新 ・ 特例延長 )

西暦 年 月 日

京都薬科大学 研修認定薬剤師審査委員会 御中

所定の単位を取得しましたので、研修認定薬剤師の認定並びに研修認定薬剤師証の ( 新規交付 ・ 更新 ) を申請いたします。 ( どちらかを○で囲んでください ) □チェックしてください

申請者氏名	ふりがな		
	氏名	印	
	ローマ字表記 (姓)	(名)	
生年月日	(西暦) 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
薬剤師名簿登録番号	第 号 ( 昭和 ・ 平成 年 月 日 登録 )		
現住所 (研修認定薬剤師証送付先)	〒		
連絡先電話番号	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 勤務先		
メールアドレス	@		
勤務先		出身大学	

新規申請	申請日	(西暦) 年 月 日 ※初回認定日として研修認定薬剤師証に記載します。		
	取得単位	単位 (内訳)	京都薬科大学 その他	単位 単位
	COVID-19による特例申請時のみ記載	【延長期間】(西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日 ※最長1年間		
更新申請	研修認定薬剤師番号	第 号	認定期間	(西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日
			認定機関名	<input type="checkbox"/> 京都薬科大学 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	初回認定日	(西暦) 年 月 日	認定機関名	<input type="checkbox"/> 京都薬科大学 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	取得単位	単位 (内訳)	京都薬科大学 その他	単位 単位
(特例延長時のみ記載) 認定期間延長の特別な理由	<input type="checkbox"/> 出産・育児 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> COVID-19 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 【休止又は延長期間】(西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日 ※最長2年間 (COVID-19が理由の場合は最長1年間)			

(注) 毎月末までに受け付けた申請につき、審査後、翌月末に研修認定薬剤師証を発行します。

【申請手数料納入】 下記の手数料を振込み「振込金(兼手数料)受領書」の写しを裏面に貼付してください。

[申請料] 10,000円

[振込口座] 京都銀行 山科支店 普通預金 (口座番号) 4168379 (口座名) カクキョウトヤツカガイカク

## 【送付書類】

- 研修認定薬剤師認定申請書(本紙) ※裏面に振込金(兼手数料)受領書の写しを貼付してください。
- 研修認定薬剤師研修手帳 ※研修手帳所有者情報(P62)の記載を確認してください。
- 薬剤師免許証の写し
- 日本薬剤師研修センター(G01)研修単位の受講証明書 ※G01へ受講証明書の発行を依頼してください。
- 【更新申請の場合】 現在有効である認定薬剤師証の写し
- 【特例延長する場合】 特別な理由を証明する書類  
※COVID-19が理由の場合は「COVID-19による認定・単位取得期間延長申請書」を添付してください。