申請（西暦）　　　　　年　　　　　月　　　　　日

**一般社団法人　日本老年薬学会　代表理事 殿**

私は、次のとおり、認定の要件を満たしたので、老年薬学指導薬剤師制度規則及び施行細則に基づき認定を申請いたします。

**老年薬学指導薬剤師 認定申請書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者氏名 | ふりがな |  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 生年月日 | （西暦） | 　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 現住所 | 〒　　　　- |
|
| 所属施設 | 分類 |  □ 薬局　　　　□ 病院　　　　□ 診療所　　　　□ 介護老人保健施設　　　 □ その他高齢者施設 　　□ 大学　　 □ その他（　　　　 　　　　　　　　　　 )　　　　 |
| 施設名 | ふりがな |  |
|  |
| 所在地 | 〒　　　　- |
|
| 所属部署 | 　 | 役　職 | 　 |
| ＴＥＬ | 　 | ＦＡＸ | 　 |
| E-mail | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（□ 自宅　または　□職場 ） |
| 老年薬学会 | 会員番号 | 　 | 入会年度(西暦) | 　　　　　　　　　　　　　　　　年 |
| 老年薬学認定薬剤師番号 | 　 |
| 学会発表 | 本学会学術大会での発表　　　（　　　　　回）　うち筆頭発表者（　　　　　回）　 |
| 本学会学術大会以外での発表（　　　　　回）　 |
| 論文発表 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　報）　うち筆頭著者　（　　　　　報） |
| その他の実績 | □老年薬学認定薬剤師確認テスト作成　□老年薬学雑誌の論文査読□老年薬学認定薬剤師の症例審査□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |