

老年薬学認定薬剤師 認定更新申請書

20      年      月      日

一般社団法人 日本老年薬学会 代表理事 殿

|         |                       |   |   |   |                                                          |
|---------|-----------------------|---|---|---|----------------------------------------------------------|
| 申請者氏名   | ふりがな<br>氏名            |   |   | 印 |                                                          |
| 会員番号    |                       |   |   |   |                                                          |
| 生年月日    | (西暦)                  | 年 | 月 | 日 | 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 現住所     | 〒      ー              |   |   |   |                                                          |
| 電話番号    | (該当の方を○で囲む: 自宅 / 勤務先) |   |   |   |                                                          |
| メールアドレス | @                     |   |   |   |                                                          |

認定更新の要件を満たしたので、日本老年薬学会認定薬剤師制度規則及び施行細則に基づき認定更新を申請致します。

|                   |                                                                            |                 |                   |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|
| 老年薬学認定<br>薬剤師登録番号 | 号                                                                          | 認定期限<br>(認定証記載) | 年      月      日まで |
| 申請日               | (西暦)      年      月      日                                                  |                 |                   |
| 職業分類              | 1 薬局    2 病院    3 診療所    4 介護老人保健施設<br>5 その他高齢者施設    6 大学    7 その他(      ) |                 |                   |
| 所属機関名             |                                                                            |                 |                   |
| 審査料納入             | 審査料 11,000 円は申請後申請完了後、クレジットにてお支払いいただくか、事務局にお問い合わせの上、お振込をお願いします。            |                 |                   |

※提出されたファイルデータの内容をこちらで確認できない場合には、再度提出をお願いしますので、提出書類の原本は審査が終了するまで保管してください。