

## 老年薬学認定薬剤師 認定申請書

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 氏名					印
生年月日	(西暦) 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女		
現住所	〒 —					
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を申請致します。

申請日	(西暦) 年 月 日					
薬剤師名簿 登録番号		薬剤師名簿 登録年月日	(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 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、提出書類の原本は認定審査が終了するまで保管してください。