平成　　年　　月　　日

**研修認定薬剤師証【再交付】申請書**

薬剤師生涯研修センター長　　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　請　者　氏　名 | ふりがな　　　　　　　　　　　（必須）  氏名：　　　　　　　　　　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  メールアドレス | 自宅・勤務先（どちらかを○で囲む）  　〒  ビル・施設名  TEL  Mail   * 不備があるとお送りできませんので、必ず連絡先をご記入ください | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1.（更新）認定年月日 | 年　　　　月　　　　日（分かる範囲でご記入ください） |
| 2.薬剤師名簿登録番号 |  |
| 3.薬剤師名簿登録年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 4.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（　　　　　　） |
| 5.所属施設名 |  |
| 6.IDカードの再交付の有無  （該当番号を○でかこむ） | １．研修認定薬剤師証のみ 　　２．IDカードのみ　　　３．両方 |
| 7.IDカードへの顔写真印刷の希望（該当番号を〇でかこむ） | 有り（カラー写真/背景無地/必ずデータで送付の事/スマホ等の利用可）  無し　　　　　　　　　　　　写真データ送付先　info@pfpd.or.jp |
| 8.申請料納入　　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  認定料（認定書+IDカード）（3,240円　税込）  ※振込先　みずほ銀行　北沢支店（普）口座番号1365856　社）薬局共創未来人財育成機構　代表理事　浅山亨 | |
| 9.アンケート　直近1年間に学んだ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て下さい  □薬理学　　　　　　　　　□薬物動態学　　　　　□副作用・相互作用　　　　□製剤学  □漢方　　　　　　　　　　□ＥＢＭ等　　　　　　□調剤・製剤（実務）　　　□処方解析・処方設計  □DI・情報　　　　　　　　□ﾘｽｸﾏﾈｰｼﾞﾒﾝﾄ　　　　 □薬剤管理指導業務　　　　□医薬品管理  □在宅医療　　　　　　　　□疾患・病態　　　　　□薬学的臨床推論　　　　　□生理機能  □介護　　　　　　　　　　□他職種協働　　　　　□ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ　　　　　　　 □栄養学  □ｾﾙﾌﾒﾃﾞｨｹｰｼｮﾝ　　　　　　□未病・予防管理　　　□医療保険・介護保険　　　□業務関連の法規  □薬事行政・医療行政　　　□倫理　　　　　　　　□公衆衛生　　　　　　　　□その他 | |
| 10.その他　連絡事項等 | |