西暦　　　　年　　月　　日

**研修認定薬剤師【更新】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（該当を○で囲む） 2. 女性 |
| 生　年　月　日 | 西暦　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 認定証送付先住所ビル・施設名を必ず記入 | 自宅 ・ 勤務先（どちらかを○で囲む）〒 |
| 連絡先 | 電話番号 |  |
| Mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1.取得単位 | 　　　　　　単位 |
| 2.初回認定日 | 　西暦　　　　年　　月　　日  |
| 3.前回の認定期間 | 西暦　　　　年　　月　　日 ～ 年　　月　　日  回目（前回の認定証の写しを同封のこと） |
| 4.薬剤師名簿登録番号 | 　第　　　　　　号 |
| 5.薬剤師名簿登録年月日 | 　西暦　　　　　年　　　　月　　　　日　（和暦：　　　年） |
| 6.職業の分類（該当を○で囲む） | 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（　　　　 　 　） |
| 7.所属施設名 |  |
| 8.IDカードへの顔写真の印刷希望（該当を〇で囲む） | 有り　（カラー写真/背景無地/必ずデータで送付のこと/スマホ等の利用可）無し　　　　　　　　　　　　写真データ送付先　info@pfpd.or.jp |
| 9.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（A4）を添付すること。認定料（認定書 + IDカード）（11,000円 消費税込）※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 加藤 裕芳 |
| 10. 学んだ内容項目について該当するものにチェックを入れること。□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　　□薬事関連法規□薬事行政・医療行政　　　□倫理　　　　　　　　□公衆衛生　　　　　　　□その他 |
| 11.その他　連絡事項等 |

**（注）** ・3年間以内に30単位の取得が必要である。ただし、毎年5単位以上取得のこと。

　　・研修手帳の単位取得集計表を記入のこと。

　 ・本申請書提出時、薬剤師免許の写し(A4縮小可)、研修手帳、前回の認定薬剤師証も一緒に送付のこと。

　 ・本申請において不備が認められたとき、認定「否」となる場合がある。