

西暦 年 月 日

研修認定薬剤師【新規】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. 申請日	西暦 年 月 日
3. 薬剤師名簿登録番号	第 号
4. 薬剤師名簿登録年月日	西暦 年 月 日 (和暦： 年)
5. 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 ()
6. 所属施設名	
7. IDカードへの顔写真の 印刷希望(該当を○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
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(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
9. 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。	<input type="checkbox"/> 薬理学 <input type="checkbox"/> 薬物動態学 <input type="checkbox"/> 副作用・相互作用 <input type="checkbox"/> 製剤学 <input type="checkbox"/> 漢方 <input type="checkbox"/> EBM等 <input type="checkbox"/> 調剤・製剤(実務) <input type="checkbox"/> 処方解析・処方設計 <input type="checkbox"/> DI・情報 <input type="checkbox"/> リスクマネジメント <input type="checkbox"/> 薬剤管理指導業務 <input type="checkbox"/> 医薬品管理 <input type="checkbox"/> 在宅医療 <input type="checkbox"/> 疾患・病態 <input type="checkbox"/> 薬学的臨床推論 <input type="checkbox"/> 生理機能 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 他職種協働 <input type="checkbox"/> コミュニケーション <input type="checkbox"/> 栄養学 <input type="checkbox"/> セルフマネジメント <input type="checkbox"/> 未病・予防管理 <input type="checkbox"/> 医療保険・介護保険 <input type="checkbox"/> 薬事関連法規 <input type="checkbox"/> 薬事行政・医療行政 <input type="checkbox"/> 倫理 <input type="checkbox"/> 公衆衛生 <input type="checkbox"/> その他
10. その他 連絡事項等	

(注) ・4年以内に40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。

なお、1年目の開始年月日は最初に単位を取得した日付である ⇒ 申請日ではない。

・本申請書提出時、薬剤師免許の写し(A4縮小可)、研修手帳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。