年　　月　　日

認定証再発行申請書（生涯研修）

次の通り認定証の再発行を申請いたします。

ふりがな 氏　名	
認定証の種類 該当する番号にマルを付けて下さい	１．生涯研修履修認定薬剤師　　２．生涯研修認定薬剤師 認定番号（　　）　認定日（　　年　　月　　日）
日病薬会員番号	
所属施設名	
所属部署	
送付先 勤務先の場合は名称等も記載して下さい	〒
連絡先電話番号	
備考	

※１　振替払込請求書兼受領証の写しを裏面に貼付してください。
※２　個人情報について、認定証再発行、認定者情報の管理以外には使用いたしません。
※３　備考欄には、連絡事項がある場合に記入してください。

＜郵送先＞
〒１５０－０００２
東京都渋谷区渋谷２－１２－１５
日本薬学会長井記念館８階
一般社団法人 日本病院薬剤師会 事務局