

年 月 日

認定証再発行申請書（専門領域）

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 <u>該当する番号にマル</u> <u>を付けて下さい</u>	1. がん薬物療法認定薬剤師 2. 感染制御認定薬剤師 3. 精神科薬物療法認定薬剤師 4. 妊婦・授乳婦薬物療法認定薬剤師 5. HIV感染症薬物療法認定薬剤師 6. 感染制御専門薬剤師 7. 精神科専門薬剤師 8. 妊婦・授乳婦専門薬剤師 9. HIV感染症専門薬剤師
	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 <u>勤務先の場合は名称</u> <u>等も記載して下さい</u>	〒
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