

認定薬剤師証再交付申請書

令和 年 月 日

日本大学薬学部 薬剤師教育センター 殿

日本大学薬学部研修認定薬剤師に関する規定第 13 条に基づき、認定薬剤師証の再交付を申請いたします。

申請者氏名	ふりがな 氏名 印	旧姓（現登録名）	性別 （○で囲む）	1. 男性 2. 女性
	英文表記（姓 名 ）			
生年月日	（西暦） 年 月 日			
現住所	〒 連絡先電話番号 （ ） （□自宅 □勤務先）			
勤務先名称				
メールアドレス （携帯電話不可）	@			
*前回申請時から の変更箇所の有無	<input type="checkbox"/> 変更箇所無し <input type="checkbox"/> 変更箇所有り（ <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 連絡先電話番号 <input type="checkbox"/> メールアドレス）			
認定薬剤師番号	第 号			
書換交付・再交付 申請理由	<input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
手数料納入	手数料納付年月日： 令和 年 月 日 振込金額：1,000 円（書換交付）3,000 円（再交付） 振込先： 三菱 UFJ 銀行 船橋支店 （普）0579698 日本大学薬学部 振込証明書類の写しを裏面に貼付すること。			