【更新申請用】健康サポート薬局研修修了証交付申請書

令和　　　　年　　　　月　　　　日

※日付は申請日の記入日を御記入下さい。

技能知識の各発効日より以前の日付を

記入しないで下さい。

一般社団法人 日本薬業研修センター 理事長 殿

|  |
| --- |
| **更新申請を行う事由について、下記何れかに✓をして下さい。** |
| **□健康サポート薬局研修修了証の『更新』** |
| **□健康サポート薬局研修の所属先『都道府県変更』** |

自宅住所： 〒

*ふりがな*

氏名*：*　印

電話番号：

メールアドレス：

生年月日： 西暦　　　 　　　　年　 　　　月　 　　　日

薬剤師名簿登録番号： 第　　　　　　　　　　　　　　号

 ※技能・知識の各証明証と相違がある場合はご連絡下さい。

以下の書類を添付し、健康サポート薬局研修修了証の交付を申請します。

●提出書類

１．技能習得型研修受講証明書類。『Ⅲ』のみ 1枚

２．既存の健康サポート薬局研修 修了証　１通

　　※上記１，２は、個人別学習サイトよりダウンロードしたもの

３．【更新申請用】健康サポート薬局研修修了証交付申請のための履歴書

　　※日本薬業研修センターHPよりダウンロードしたもの

●注意事項

1. 今、お持ちの修了証（有効期限、都道府県記載のもの）も提出して下さい。

２．履歴書の記載に当たっては、履歴書の注意事項を良く読んでください。

３．提出書類が不備の場合は、日本薬業研修センターよりご連絡致します。

４．本申請書記載の個人情報につきましては、日本薬業研修センターが厳重な管理体制の元で

　　保管致します。申請書及び提出書類につきましては、交付不可の場合を除き返却致しません。