

Mobile Seminar 受講証明書申請用紙

一般社団法人薬局共創未来人財育成機構薬剤師生涯研修センター

申請日	(西暦) 年 月 日		
ふりがな 氏名	(男・女)	生年月日	(西暦) 年 月 日
住所	(〒 -) 連絡先電話番号 () (□自宅 □勤務先 □携帯)		
受渡方法	<input type="checkbox"/> 郵送 (普通)		
証明書郵送先 (上記住所と異なる 場合記載)	(〒 -) 連絡先電話番号 () (□自宅 □勤務先 □携帯)		
E-mail			
受講シール 発行年月 管理番号	年 月	管理番号 : ~	(単位分)
	年 月	管理番号 : ~	(単位分)
	年 月	管理番号 : ~	(単位分)
	年 月	管理番号 : ~	(単位分)
	年 月	管理番号 : ~	(単位分)
取得単位数	計	単位	
薬剤師名簿登録番号	第	号 (西暦	年 月 日)
確認項目 (チェック記載)	<input type="checkbox"/> 薬剤師免許証の写しがある。 <input type="checkbox"/> 郵送希望の場合、返信用封筒が角形2号封筒であり切手貼付、宛先が明記されている。		

担当印