

西暦 年 月 日

研修認定薬剤師【更新】申請書

薬剤師生涯研修センター長 殿

申請者氏名	ふりがな 氏名：(必須) 印	性別 1. 男性 (該当を○で囲む) 2. 女性
生 年 月 日	西暦 年 月 日	
認定証送付先 住所 ビル・施設名を必ず記入	自宅・勤務先(どちらかを○で囲む) 〒	
連絡先	電話番号	
	Mail	

1. 取得単位	単位																												
2. 初回認定日	西暦 年 月 日																												
3. 前回の認定期間	西暦 年 月 日 ～ 年 月 日 回目(前回の認定証の写しを同封のこと)																												
4. 薬剤師名簿登録番号	第 号																												
5. 薬剤師名簿登録年月日	西暦 年 月 日 (和暦: 年)																												
6. 職業の分類 (該当を○で囲む)	1. 病院 2. 薬局 3. 診療所 4. 製薬企業 5. 医薬品卸業 6. 教育 7. 行政 8. フリー 9. その他()																												
7. 所属施設名																													
8. IDカードへの顔写真の 印刷希望(該当を○で囲む)	有り (カラー写真/背景無地/必ずデータで送付のこと/スマホ等の利用可) 無し 写真データ送付先 info@pfpd.or.jp																												
9. 申請料納入 下記の申請料を振り込み、「払込兼受領書」の写し(A4)を添付すること。 認定料(認定書 + IDカード)(11,000円 消費税込) ※振込先 みずほ銀行 北沢支店(普) 口座番号 1365856 社) 薬局共創未来人財育成機構 代表理事 加藤 裕芳																													
10. 学んだ内容項目について該当するものにチェックを入れること。 <table><tr><td>☐薬理学</td><td>☐薬物動態学</td><td>☐副作用・相互作用</td><td>☐製剤学</td></tr><tr><td>☐漢方</td><td>☐EBM等</td><td>☐調剤・製剤(実務)</td><td>☐処方解析・処方設計</td></tr><tr><td>☐DI・情報</td><td>☐リスクマネジメント</td><td>☐薬剤管理指導業務</td><td>☐医薬品管理</td></tr><tr><td>☐在宅医療</td><td>☐疾患・病態</td><td>☐薬学的臨床推論</td><td>☐生理機能</td></tr><tr><td>☐介護</td><td>☐他職種協働</td><td>☐コミュニケーション</td><td>☐栄養学</td></tr><tr><td>☐セルフマネジメント</td><td>☐未病・予防管理</td><td>☐医療保険・介護保険</td><td>☐薬事関連法規</td></tr><tr><td>☐薬事行政・医療行政</td><td>☐倫理</td><td>☐公衆衛生</td><td>☐その他</td></tr></table>		☐ 薬理学	☐ 薬物動態学	☐ 副作用・相互作用	☐ 製剤学	☐ 漢方	☐ EBM等	☐ 調剤・製剤(実務)	☐ 処方解析・処方設計	☐ DI・情報	☐ リスクマネジメント	☐ 薬剤管理指導業務	☐ 医薬品管理	☐ 在宅医療	☐ 疾患・病態	☐ 薬学的臨床推論	☐ 生理機能	☐ 介護	☐ 他職種協働	☐ コミュニケーション	☐ 栄養学	☐ セルフマネジメント	☐ 未病・予防管理	☐ 医療保険・介護保険	☐ 薬事関連法規	☐ 薬事行政・医療行政	☐ 倫理	☐ 公衆衛生	☐ その他
☐ 薬理学	☐ 薬物動態学	☐ 副作用・相互作用	☐ 製剤学																										
☐ 漢方	☐ EBM等	☐ 調剤・製剤(実務)	☐ 処方解析・処方設計																										
☐ DI・情報	☐ リスクマネジメント	☐ 薬剤管理指導業務	☐ 医薬品管理																										
☐ 在宅医療	☐ 疾患・病態	☐ 薬学的臨床推論	☐ 生理機能																										
☐ 介護	☐ 他職種協働	☐ コミュニケーション	☐ 栄養学																										
☐ セルフマネジメント	☐ 未病・予防管理	☐ 医療保険・介護保険	☐ 薬事関連法規																										
☐ 薬事行政・医療行政	☐ 倫理	☐ 公衆衛生	☐ その他																										
11. その他 連絡事項等																													

(注) ・3年間に以内に30単位の取得が必要である。ただし、毎年5単位以上取得のこと。
・研修手帳の単位取得集計表を記入のこと。
・本申請書提出時、薬剤師免許の写し(A4縮小可)、研修手帳、前回の認定薬剤師証も一緒に送付のこと。
・本申請において不備が認められたとき、認定「否」となる場合がある。