老年薬学認定薬剤師 認定申請書

20 年 月 日

一般社団法人 日本老年薬学会 代表理事 殿

申請者氏名	ふりがな 氏名					印			
生年月日	(西暦)		年	月	日	性別	□男	□女	
現住所	₸	_							
電話番号					(該当の方を	☆○で囲	む: 自宅	/ 勤務先)
メールアドレス					@				

認定の要件を満たしたので、日本老年薬学会認定薬剤師制度規則及び施行細則に基づき認定を申請致します。

申請日	(西暦)	年	月		日					
薬剤師名簿 登録番号			薬剤師 登録年	币名簿 ∶月日	(西暦)	年	月	日		
職業分類	1 薬局 2 5 その他高齢		参療所大学 7			建施設)		
所属機関名										
審査料納入	審査料 10,800 円を下記にお振込いただき、「振込金(兼手数料) 受領書」の写しを申請画面からアップロードしてください。 1) 郵便振替 番号 00110-7-487060 名義 一般社団法人日本老年薬学会 (いっぱんしゃだんほうじん にほんろうねんやくがっかい) 2) ゆうちょ銀行 (ネットバンキングの場合) 店番 ○一九 当座 番号 0487060									

[※]提出されたファイルデータの内容をこちらで確認できない場合には、再度提出をお願いしますので、提出書類の原本は認定審査が終了するまで保管してください。