

大阪医科薬科大学薬学部認定研修会等 受講証明申請書

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 () (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯)			
受講証明書郵送先 (上記「住所」と同一の 場合は、同上と記入)	(〒 -) 連絡先電話番号 () (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯)			
メールアドレス				
受講研修会①	1. 開催日(西暦) 年 月 日			3. 取得単位 単位
	2. 研修会名:			
受講研修会②	1. 開催日(西暦) 年 月 日			3. 取得単位 単位
	2. 研修会名:			
受講研修会③	1. 開催日(西暦) 年 月 日			3. 取得単位 単位
	2. 研修会名:			
薬剤師名簿登録番号	第 号 (西暦 年 月 日 登録)			
確認項目 (チェック☑記載)	<input type="checkbox"/> 本申請用紙の全ての項目に不備、漏れなく正しく記載されている。 <input type="checkbox"/> 薬剤師免許証の写し(1通)がある。 <input type="checkbox"/> 返信用封筒に切手貼付および宛先が明記されている。			

※1枚の申請書で、受講した研修会を3講座までご記入いただけます。4講座以上の受講証明書を希望される場合は、別途、申請書と返信用封筒をご提出ください。

(返信用封筒：送料の目安 証明書1~2通 定型郵便 送料84円、証明書3~4通 定型郵便 送料94円)

【事務局記入欄】

受付日	年 月 日	許可日	年 月 日		
発行番号	第 号	郵送年月日	年 月 日	担当者	