

「明石市薬剤師会認定ゲートキーパー」認定申請書

申請年月日	令和 年 月 日 ( )		
ふりがな			
申請者氏名	㊟		
申請者生年月日	昭和・平成 年 月 日		
申請者住所	〒		
	TEL	FAX	
	Email		
申請者勤務先 (住所・名称)	〒		
	(名称)		
	TEL	FAX	
日本薬剤師会会員番号			
参加した ゲートキーパー 養成研修会	研修会主催者名	受講年月日	開催場所
日本薬剤師研修センター 認定薬剤師の認定の有無	<input type="checkbox"/> 有 (認定日; 年 月 日、認定番号; 第 号) <input type="checkbox"/> 無		
備考			

\*太枠の中は必須事項です。必ずご記入ください。

\*参加したゲートキーパー養成研修会は、必ず2研修会以上ご記入ください。

\*明石市薬剤師会事務局使用欄(記入しないでください)

申請書受付	会長	副会長	常務理事	担当理事	事務局長
決済					
認定期日			認定番号		
認定店舗名			認定店舗番号		