

「岩手県薬剤師会認定ゲートキーパー」更新申請書

申請年月日	令和 年 月 日 ( )	
ふりがな		
申請者氏名 (ローマ字表記)	( ) ⑩	
申請者生年月日	昭和・平成 年 月 日	
申請者住所	〒	
	TEL	FAX
申請者勤務先 (住所・名称)	〒	
	(名称)	
	TEL	FAX
所属地域薬剤師会名		
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	実施期日	実施場所
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。

\* 岩手県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	専務理事	21 委員長	事務局長
決済					
認定期日			認定番号		