

「岩手県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 ( )	
申請者氏名	㊟	
申請者住所	〒	
	TEL	FAX
申請者勤務先	〒	
	(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
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)

認定期日	
認定番号	