

様式 (2)

年 月 日

NPO 法人 医薬品ライフタイムマネジメントセンター 理事長 殿

| | | | |
|-------------|------------------------------|--------------|----------------|
| 申請者氏名 | ふりがな 氏名 | 性別 (○で囲む) | 1. 男性 2. 女性 |
| 会員種別 (○で囲む) | 1. VOD 育薬セミナー会員 2. 法人賛助会員 | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | | |
| 現住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | (該当の方を○で囲む: 自宅/勤務先) | | |
| 電子メールアドレス | @ | | |

DLM 認定薬剤師更新申請書

所定の単位を修得したので、実施要領に基づき研修認定薬剤師の更新を申請致します。

| | | | |
|-------------------------------------|---|-------|--|
| 1. 修得単位 | 単位 | | |
| 2. 認定期間 (認定証に記載されている認定期間を記載すること) | 年 月 日 ~ 年 月 日 (初回認定日: 年 月 日) | | |
| 3. 薬剤師名簿登録番号 | 4. 薬剤師名簿登録年月日 | 年 月 日 | |
| 5. 職業の分類 (該当項目を○で囲む) | 1 薬局 2 病院 3 診療所 4 医薬品製造業 5 医薬品卸売・販売業 6 無職 7 その他 () | | |
| 6. 特別な事由 (ある場合その理由と期間を記載すること) | (実施要領 6.3 に該当する場合) | | |
| 7. ID カード発行希望 | (どちらかを○で囲む) 有 (登録用カラー写真。背景は無地。縦 4 cm×横 3 cm を 1 枚同封のこと) 無 | | |
| 8. 申請料納入 (該当項目を○で囲む) | 下記いずれかの申請料を振り込み、「払込兼受領書」の写しを裏面に貼付すること。 1. 認定 (証) のみ (5,500 円) (消費税 10 %込み) 2. 認定証と ID カード (7,040 円) (消費税 10%込み) | | |

(注) 1. 用紙の大きさは日本工業規格 A4 とする。

2. 最新の申請料を HP <http://www.dlmc.jp/> で確認のこと。201006