

様式第 6 号

神戸薬科大学エクステンションセンター長 殿

神戸薬科大学健康食品領域研修認定薬剤師証更新申請書

所定の単位を修得しましたので、神戸薬科大学健康食品領域研修認定薬剤師制度に関する規程に基づき、下記の書類を添えて更新を申請いたします。

- ①神戸薬科大学健康食品領域研修認定薬剤師研修履修手帳
- ②前回に交付された健康食品領域研修認定薬剤師証の写し
- ③公益社団法人 薬剤師認定制度認証機構により認証されたプロバイダーの生涯研修認定制度（G）の認定薬剤師証（写し）あるいは特定領域認定制度（P）の認定薬剤師証（写し）
- ④論文

提出日：西暦 年 月 日

申請者氏名	ふりがな 氏 名	性 別 ○で囲む	1. 男 2. 女
生年月日	西暦 年 月 日		
現住所	〒		
TEL・FAX	TEL :	FAX :	
E-mail			
1. 修得単位数	更新 単位		
2. 薬剤師名簿登録番号	第 号		
3. 薬剤師名簿登録年月日	昭和・平成 年 月 日		
4. CPC 認証の研修認定機関名と認定期間	認定機関名： 認定期間：西暦 年 月 日～西暦 年 月 日		
5 健康食品領域研修認定薬剤師認定番号	第 H F 号		
6. 認定証申請料振込年月日	西暦 年 月 日		
7. 認定証申請料振込利用明細書貼付欄	振込識別番号「002」 利用明細書の写しをここに貼付すること (ネットバンキング等で利用明細書が無い場合は不要)		
8. 認定証 (カード) (無 料)	希望する ・ 希望しない 希望する場合は、縦 4cm、横 3cm の顔写真を同封すること		
9. 認定期間変更理由 (規程第 13 条 3 項該当者のみ)			

センター記入欄

受付日	年 月 日	単位数	単位	受理番号
-----	-------	-----	----	------