

再交付（様式 3）

認定薬剤師証再交付申請書

(西暦) 年 月 日

慶應義塾大学薬学部認定薬剤師研修制度委員会委員長 殿

申請者氏名	ふりがな 氏名(自署)	性別 (□にチェック)	☐ 男性 ☐ 女性
	英文表記 姓 名		
生年月日	(西暦) 年 月 日		
現住所	〒		
電話番号(携帯電話)		電話番号(自宅)	
メールアドレス1 (PCからの送受信可のもの)			
メールアドレス2 (予備メールアドレス)	※メールアドレス1と異なるアドレスを記入(例) PC・携帯電話、自宅・職場 等		

*上記の中で、前回の申請時から変更があった場合は下記の□にチェック

☐氏名 ☐現住所 ☐連絡先電話番号 ☐メールアドレス

慶應義塾大学薬学部認定薬剤師研修制度に関する規程第13条に基づき、認定薬剤師証の再交付を申請します。

1. 認定薬剤師登録番号	第 G O 4 号
2. 再交付申請理由 (□にチェック)	☐ 紛失 ☐ 汚損 ☐ その他 ()
3. 再交付の希望 手数料納入証明書 (□にチェック)	下記のいずれかの申請料金を郵便局にて振り込み、「払込兼受領書」の写しを裏面に貼付すること。 IDカードを希望する場合、登録用カラー写真(背景無地、縦4.5cm×横3.5cm)を1枚同封のこと。 ☐ 認定証とIDカード(ホルダー付)の再交付(要写真) 13,000円 ☐ 認定証のみの再交付 10,000円 ☐ IDカード(ホルダー付)のみの再交付(要写真) 3,000円 郵便振替番号 00140-1-297107 慶應義塾大学薬学部