

様式（1）

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 認定薬剤師新規認定申請書

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認定を申請を致します。

1. 修得単位	単位		
2. 申請日※	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 (ホルダー付き)	(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 (11,000 円) (消費税 10 %込み) 2. 認定証と ID カード (12,540 円) (消費税 10 %込み)		

※ 申請日は書類送付日とは異なりますので、書類送付日より申請日を遡ること、先送りすることはできませんが、書類送付日より申請日は3ヶ月以内とします。また、認定期間は、新規認定申請日より1年間が初回の認定期間となり、認定期間は1年毎の更新となります。ただし、新規認定の際、申請単位最終取得日が申請日と同一の場合は、その翌日から1年間が初回の認定期間となります。

- (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。