

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 (他機関の認定取得者用)

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致します。

1. 修得単位	単位		
2. 申請日*	年 月 日		
3. 認定薬剤師登録番号	(機関名：)		
4. 初回認定日	年 月 日		
5. 前回認定期間	年 月 日～ 年 月 日		
6. 薬剤師名簿登録番号	7. 薬剤師名簿登録年月日	年 月 日	
8. 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 ()		
9. 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 「受講期間中に、やむを得ず、受講を継続できない状況が発生した場合(長期出張や、産休など)」に該当する場合)		
10. 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		
11. 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)		

※ 新規認定申請の際、初回認定日は申請日となります。申請日は、初回単位取得日から 16 ヶ月以内で、申請する単位の最終取得日の翌日以降、かつ、書類送付日の前後一ヶ月以内の任意の日付を選べるものとする。認定期間は、一年度とする。

(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。

3. 添付書類：・研修記録等を記載した DLM 認定薬剤師研修手帳 ・新規認定申請書 ・薬剤師免許証の写し
・履歴書 ・薬剤師認定証の写し ・写真 (ID カード発行を申請する場合のみ)