

様式（2）

平成 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. リアル育薬セミナー東京会員 3. リアル育薬セミナー福岡会員 4. リアル育薬セミナー唐津会員 5. 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 (研修手帳を添付すること)		
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 (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 4cm×横 3.5cm 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 (5,000 円) 2. 認定証と ID カード (6,400 円)		

(注) 1. 用紙の大きさは日本工業規格 A4 とする。