

認定登録販売者申請書

申請年月日 年 月 日

公益社団法人東京都医薬品登録販売者協会
認定登録販売者認定委員会 委員長 成井 浩二 殿

規定の時間数を受講したので、認定登録販売者の申請をします。

新規 ・ 更新 どちらかを○で囲んでください。

研修番号が不明な方は注意事項の下の項目もご記入ください。

研修番号及び氏名	研修番号 <u>27</u> 氏名 _____
認定証送付先住所	〒 _____
受講実績	年度 集合研修 回 DVD研修 回 年度 集合研修 回 DVD研修 回 年度 集合研修 回 DVD研修 回

注意事項

1. 新規又は更新のどちらかを○で囲んでください。
2. 認定を受けるには継続して3年間のガイドラインに規定された受講実績が必要です。途中、1講座でも抜けた講座がある場合には次の年度から3年間の継続受講が必要となりますのでご注意ください。ただし、疾病による長期入院、妊娠出産など、委員会が特別な事由として認めた場合には1年間の期間延長を認めます。
3. 受講実績につきまして、お電話等で確認させていただくことがあります。

登録先住所	
登録先電話番号	

問い合わせ先 公益社団法人東京都医薬品登録販売者協会

TEL 03(6908)4130 FAX 03(6908)4140