

(一社) 兵庫県薬剤師会 禁煙指導認定薬剤師

更新申請書

(一社)兵庫県薬剤師会 御中

禁煙指導認定薬剤師制度 実施要領に従い、認定更新を申請いたします。

申請日：令和 年 月 日

(ふりがな) 申請者氏名	
認定証 送付先住所	〒 - ※送付先が薬局の場合は必ず薬局名を記載してください
電話番号	() -

フォローアップ講習 受講履歴 記載欄

下記受講のうち、2回分の受講証を添えて申請いたします。

※受講証紛失の場合は、添付不要です

開催日	会場

現在お持ちの認定期間内の認定番号を記載してください

認定番号	
------	--

振込控え 貼り付け欄
(コピー可)

ゆうちょ銀行
口座番号：01120-1-1747
加入者名：一般社団法人兵庫県薬剤師会