日本腎臓病薬物療法学会 理事長 殿　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

**腎臓病薬物療法単位履修修了（新規）申請書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 | ふりがな | 印 | １．男性２．女性 |
| 氏　名 |
| 生年月日 |  | 会員番号 |  |
| 現住所 | 〒 |
| 連絡先電話番号 | （自宅・勤務先） |

下記の通り所定の単位を履修したので申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| １．履修単位 | 単位（単位履修証明書を添付） |
| ２．履修期間 | 年　　　月～　　　　年　　　月 |
| ３．申請日 | 年　　　　月　　　　日 |
| ４．薬剤師名簿登録番号（取得年月日） | 　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　） |
| ５．職業の分類 | １．病院　　２．薬局　　３．診療所　　４．製薬企業５．医薬品卸業　　６．教育　　７．行政　　８．フリー９．その他 |

ここに申請料振り込み証明書を添付