

# 急患診療センター登録薬剤師 新規登録申込書

## 【 申込者記入欄 】

申込日 年 月 日

|           |                          |
|-----------|--------------------------|
| 氏名（申込者自署） |                          |
| 氏名フリガナ    |                          |
| 生年月日      | 年 月 日                    |
| 自宅住所      | 〒 -                      |
| 携帯電話番号    | -                        |
| メールアドレス   | 記入不要（市薬剤師会の登録のアドレスを使用する） |
| 調剤経験年数    | 年（常勤又は常勤に準ずる勤務経験）        |

## 【 推薦者 記入欄 】

|                       |                                                                                                                    |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 推薦者氏名（ <u>推薦者自署</u> ） |                                                                                                                    |
| 推薦者 確認<br>（必須）        | <input type="checkbox"/> 急患診療センター登録薬剤師としての経験が5年以上である<br><input type="checkbox"/> 新規登録薬剤師の指導など、その進捗について急患委員会へ協力ができる |

## 【 勤務先記入欄 】

|                  |   |
|------------------|---|
| 勤務先名             |   |
| 承諾者 役職           |   |
| 承諾者の署名<br>又は記名押印 | ⑨ |

## 【 注意事項 】

- ※ 薬剤師賠償責任保険（個人）に加入していることが確認できる書類を添付してください（保険証書の写し又は保険料払い込みの際の領収書の写しなど）
- ※ 勤務先変更の際には、新しい勤務先での承諾を取って頂きます
- ※ 勤務先に「兼業申請のための文書」の提出が必要な場合には、早めにご相談ください。

## 【 提出先 】

一般社団法人福岡市薬剤師会 事務局 < 郵送またはご持参ください **FAX不可** >  
 〒810-0021 福岡市中央区今泉 1 - 1 - 1 TEL 092-714-4416