

認定証再発給申請書

一般社団法人イオン・ハピコム人材総合研修機構 代表理事 殿

申請者氏名	ふりがな 氏名
変更前 氏名 (氏名変更の場合は必ず記入)	ふりがな 氏名
薬剤師名簿番号	
認定番号	

現住所	〒
勤務先	
勤務先電話番号	
連絡先電話番号	
E-メールアドレス	

下記にチェックを入れてください。
また、必要書類を同封してください。

再発給を希望する理由	<input type="checkbox"/> 紛失のため <input type="checkbox"/> 氏名変更のため <input type="checkbox"/> その他()
再発給を希望するもの	<input type="checkbox"/> 認定証 <input type="checkbox"/> IDカード
再発給手数料 (送料込)	<input type="checkbox"/> 認定証のみ再発給 1,500円(税込) <input type="checkbox"/> IDカードのみ再発給 2,400円(税込) <input type="checkbox"/> 認定証+IDカードの再発給 3,300円(税込)
必要書類	<input type="checkbox"/> 再発給手数料の振込用紙のコピー(裏面貼付) <input type="checkbox"/> 氏名変更の場合 変更後氏名が確認できる本人確認書類のコピー (運転免許証、パスポート、薬剤師免許証など)

※ ご提供いただいた個人情報は、認定薬剤師関係の連絡事項以外には使用しません