

西暦 ○○○○年 ○月 ○日

## 受講シール整理表の送付について

一般社団法人イオン・ハピコム人材総合研修機構宛

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| 申請者氏名                    | ふりがな <b>いおん たろう</b> |
|                          | 氏名 <b>イオン 太郎</b>    |
| 生年月日                     | 西暦○○○○年 ○月 ○日       |
| 薬剤師名簿登録番号                | ○○○○○○○             |
| 電話番号                     | ○○○-○○○○-○○○○       |
| E-メールアドレス                | ○○○○@○○○.com        |
| ALECSで申請した<br>申請日又は申請予定日 | 西暦 ○○○○年 ○月 ○日      |

この度、取得した単位を下記の通り送付いたします。

記

### 1. 送付書類

送付するものにチェックを入れ[ ]内に数量を記載してください。

|  |         |
|--|---------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 単位シール整理表               | [ 1 ] 枚 |
| <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( <b>薬剤師研修手帳</b> ) | [ 1 冊 ] |

本書類を送付した方は別紙の留意事項に同意したものとみなします。送付する前に必ず、別紙の留意事項確認してください。

以上

一般社団法人

イオン・ハピコム人材総合研修機構

問い合わせ：<https://www.hapycom.or.jp/contact/>

事務局確認欄

|  |
|--|
|  |
|--|

## 【別紙】

本書類を送付した方は以下の留意事項に同意したものとみなします。

|      |  |
|------|--|
| 留意事項 | 本書類は ALECS を利用した認定薬剤師の申請日の前後 1 ヶ月を目安に送付してください。本書類を送付後、3 ヶ月を経過しても ALECS による認定薬剤師の申請がなかった場合には認定薬剤師の申請をキャンセルしたものとみなします。 |
|      | 認定審査をキャンセルした場合でも本書類および審査料の返金はいたしません。   |
|      | 本申請の際に申請者と連絡が取れない場合、認定審査を行いません。その際は一定期間経過後に当機構にて本書類は廃棄します。   |
|      | 本書類に記載されている個人情報の取り扱いについては当機構のプライバシーポリシーに同意したものとみなします。プライバシーポリシーは当機構の HP に掲載しています。                                    |
|      | 送付された受講シール整理表やその他同封物は返却いたしません。   |
|      | ALECS で「再提出通知」を受け取った方は、ALECS で再提出の手続きも行う必要があります。   |

以上