**施設証再発行（差替え）届**

記入者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　　　　　年　　　月　　　日

電話番号　　　　　　　　　　　　　　　所属

施設区分（いずれかに○をお付けください。）：　　　　薬局　　・　　病院

■施設情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 都県名 | |  |
| 施設名 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| 施設コード＊ | |  |
| 電話番号 | |  |

＊施設証の右上にある、数字とアルファベットを含むコードです。（例：薬局10-A001-002、病院14-H023）

■施設証返送先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所 | | 〒　　　- |
| 担当者 | 所属 |  |
| 役職 |  |
| 氏名 |  |

■本用紙と施設証（原本）を同封の上、郵送にて下記事務局までお送りください。

＊この用紙だけでは、施設証の再発行はできませんのでご注意ください。

送付先：〒150-0002　東京都渋谷区渋谷2-12-15日本薬学会長井記念館4F

一般社団法人　薬学教育協議会　病院・薬局実務実習関東地区調整機構　事務局宛

＜　薬局・病院　実習施設証再発行届在中＞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（いずれかに○をお付け下さい。）