

施設証を同封の上、お送りください。

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*		
備考		

*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。）