**リウマチ財団登録薬剤師登録資格更新申請書(特例用)**

令和　　 年　 　月　 　日

**公益財団法人 日本リウマチ財団代表理事　殿**

私はリウマチ財団登録薬剤師資格更新のため、再審査を受けたいので登録更新料を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| リウマチ財団登録薬剤師番号:**TY** | 生 年 月 日 |
| 氏　名㊞ 　　  | 昭和 ・ 平成　　　年　 　月　 　日　　　　　　　 　　　　 　　　　歳 |
| 勤務医療（教育）機関名 | 医療系の他の資格等（例：薬剤師認定制度の認定薬剤師等） |
| 同上所在地 〒（　　 　－ 　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　　　　　　　電話：　　　－　　　　－　 　　（内線：　　　　）FAX： |
| 　　　　　　　E-mail ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 氏名・所属医療機関等名の財団ホームページ・名簿への公開について（いずれかに○印）　　諾 　・ 　否 |
| 自宅住所 〒（　　　 －　 　　　）　 |
| 　　　　　　　電話：　　　－　　　　－　 　　 携帯番号：　　　－　　　　－　 |
| 　　　　　　 E-mail ： |
| 推薦医師署名欄□内にレ点をお願いします | 推薦医師名（署名捺印）　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　　 | 所属医療機関等名および診療科名・職位 |
| □日本リウマチ財団登録医 □日本リウマチ学会リウマチ専門医 □日本整形外科学会認定リウマチ医 |

※　郵送物の送り先（いずれかに○印）　　　1　勤務先　　2　自宅

※　申請書提出後、異動のあった場合はお知らせ下さい。

※　申請書等の個人情報はリウマチ財団登録薬剤師制度のためにのみ使用します。

※　自宅E-mailは連絡事項等のため、財団内のメーリングリストに登録させていただきます。