公益社団法人静岡県薬剤師会

履　歴　書

令和　　年　　月　　日現在

ふりがな		性別	男・女
氏　　名	㊞		
生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日生　（満　　歳）		

写真

6ヶ月以内に撮影したもの

現住所	〒 （電話　　－　　－　　）
連絡先所在地	〒 ※現住所と同じの場合は記入不要　（電話　　－　　－　　）
薬剤師登録番号	薬剤師免許第　　号（昭和・平成・令和　　年　　月取得）
保険薬剤師登録番号	（　　）第　　号

出　身 薬科大学	大学　　部（昭和・平成・令和　　年　　月卒業）

元号 ・ 年	・ 月	学　歴
年	月	
年	月	
年	月	

元号 ・ 年	・ 月	職　歴
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	

元号	・ 年	・ 月	職　　歴
	年	月	
	年	月	
	年	月	
	年	月	
	年	月	
	年	月	
	年	月	
	年	月	
	年	月	

元号	・ 年	・ 月	その他免許・資格等
	年	月	
	年	月	
	年	月	
	年	月	

薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定薬剤師	1. 取得している 認定薬剤師機関の名称：a　日本薬剤師研修センター b　その他　（　　） 取得・更新年月日：平成・令和　　年　　月　　日 2. 取得していない
健康サポート薬局研修修了証の有無	有　（取得・更新年月日：平成・令和　　年　　月　　日）・　無
認定実務実習指導薬剤師認定証の有無	有　（取得・更新年月日：平成・令和　　年　　月　　日）・　無
薬局の管理薬剤師経験の有無	有　（経験年数＿＿＿＿年）　・　無
学校薬剤師経験の有無	有　（経験年数＿＿＿＿年）　・　無
［特記事項］	