

平成 年 月 日

公益社団法人
薬剤師認定制度認証機構
代表理事 内山 充 殿

認定制度の名称： _____
実施母体： _____

事務所の所在地： 〒 _____

電話： _____ FAX： _____ E-mail： _____

下記書類を添えて上記認定制度の認証を申請します。

事業実施母体責任者： _____ 印
認定制度申請責任者： _____

－記－ [電子ファイルの送付先： info@cpc-j.org]

- 薬剤師認定制度認証申請書
- 添付書類一覧(電子ファイルで送れない添付書類は50部提出)

……………〈機構使用欄〉……………

受	付	：	_____			
確	認	：	_____			
委	員	付	託	：	_____	
追	加	連	絡	：	_____	
評	価	報	告	：	_____	
理	事	会	承	認	：	_____
認		証		：	_____	