　年　月　日

公益社団法人

薬剤師認定制度認証機構

代表理事　安原　眞人 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](mailto:info@cpc-j.org)］

〇薬剤師認定制度認証申請書

〇添付書類一式