**NPhA健康サポート薬局研修**

**地域包括ケア都道府県　追加認定申請書**

**※更新対象者につきましては、本追加認定申請書を提出する必要はございません。**

・本申請書とともに、別紙『地域包括ケアワークシートＡ』、『地域包括ケアワークシートＢ』を

ご記載のうえご提出ください。

・提出資料の内容を確認後、追加認定をいたします。

・技能Ⅲ（オンライン研修）をご受講ください。

・都道府県を追加認定後の修了証につきましては、事務局にて確認次第マイページより

ダウンロードできるようになります。

**【申請内容】**申請日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **資格番号** |  | **氏名** |  | **生年月日** | 　　　年　　　月　 　日 |
| **追加地域包括ケア都道府県名** | 　　　　　　　　　　　都　道府　県 |
| **追加認定****事由** | □異動 | □新規就業 |  |
| □その他（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **追加認定日****追加都道府県内薬局就業開始(予定)日** | 　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| **技能Ⅲ（オンライン）研修日****※申請日より２週間以降の研修日を記載してください。** | 年　　　月　　　日　　　時開始 |

※技能Ⅲ（オンライン）研修日につきましては、下記URLよりご検討ください。

※選択した日時の約１時間３０分後にZOOMへご入室いただき、技能３のみをご受講いただきます。

詳細な時間につきましては、お申込後に改めてご連絡いたします。

[**https://secure.nippon-pa.org/h-support/programlist.pdf**](https://secure.nippon-pa.org/h-support/programlist.pdf)

**【提出先】**

日本保険薬局協会　健康サポート薬局研修事務局

●E-mail： kensapo@nippon-pa.org

※タイトルは『地域包括ケア都道府県追加申請』とご記入いただき、

認定証に記載されている資格番号と氏名を入力してご送付ください。

　　　（必ずE-mailでご提出をお願いいたします。郵送不可。）