

# 申請書様式集

教育研修関連  
受験関連  
認定証更新関連  
補完教育関連

2018年4月

公益財団法人MR認定センター

書類の一覧表

分類	書類名	様式番号
システム関係	教育研修システム認定申請書	A
	教育研修システム変更申請書	A-2
	グループ企業登録申請書	A-3
	教育研修管理者[新規、変更]申請書(複数用)	A-4
施設関係	教育研修施設認定申請書	B
	教育研修施設登録事項変更届	B-2
	認定辞退申請書	C
	薬剤師等資格取得者名簿	D
教育研修関係	教育研修に関する申請書	E
	継続教育・実務経験 履修証明書	E-2
	導入教育「基礎教育」の受講資格者名簿	E-3
試験関係	外字登録申請書	F
	MR認定試験 受験料納付書	S
	MR認定証交付料納付書	S-2
	MR認定証更新料納付書	S-3
	補完教育の特例措置申請書	S-4
	MRバッジ頒布申請・頒布料納付書	S-5

様式A

年 月 日

公益財団法人MR認定センター  
理事長殿

企業名

代表者名

印

## 教育研修システム認定申請書

下記により、MR教育研修要綱第12条に規定する教育研修システムについて認定を受けたく、資料を添えて申請します。

企業の名称		
企業の所在地		
業 務 の 内 容		
教育研修責任者	氏 名	
	役 職 名	
	連絡先住所	〒
	電話・FAX	
	E-mail	
教育研修管理者	氏 名	
	役 職 名	
	連絡先住所	〒
	電話・FAX	
	E-mail	
備 考		

様式A-2

年 月 日

公益財団法人MR認定センター  
理事長 殿

企業名

教育研修責任者名

印

## 教育研修システム変更申請書

下記により、MR教育研修要綱第12条第2項に規定する、教育研修システムについて変更がありましたので、資料を添えて申請します。

変更日	年 月 日
企業の名称	
企業コード	
組織変更の理由	
業務の内容	

様式A-3

年 月 日

公益財団法人 MR認定センター  
理事長 殿

企業名

教育研修責任者名

印

## グループ企業登録申請書

下記の教育研修のグループ企業登録を証明する資料を添えて申請いたします。

企業の名称		
企業コード		
登録企業（1）	企業名	
	所在地	〒
	業務内容	
	申請企業との関連	
	対象MR数	
登録企業（2）	企業名	
	所在地	〒
	業務内容	
	申請企業との関連	
	対象MR数	

公益財団法人MR認定センター  
理事長 殿

企業名

教育研修責任者名

印

## 教育研修管理者 新規 申請書 (複数用) 変更

下記により、MR教育研修要綱第9条に規定する教育研修管理者について認定を受けたく申請します。または、申請事項に変更がありましたので届けます。(変更箇所は赤下線にて表示)

企業コード		
管理者	氏名	
	部署名・役職名	
	連絡先住所	〒
	電話	
	E-mail	
管理者	氏名	
	部署名・役職名	
	連絡先住所	〒
	電話	
	E-mail	
管理者	氏名	
	部署名・役職名	
	連絡先住所	〒
	電話	
	E-mail	
管理者	氏名	
	部署名・役職名	
	連絡先住所	〒
	電話	
	E-mail	

様式B

年 月 日

公益財団法人MR認定センター  
理事長殿

教育研修施設の名称  
代表者名

印

## 教育研修施設認定申請書

下記により、MR教育研修要綱第13条に規定する教育研修施設について認定を受けたく、資料を添えて申請します。

教育研修施設の名称		
直接の基礎教育の有無		有 無
教育研修 施設	施設名(1)	
	所在地	
	施設名(2)	
	所在地	
教育研修の 内容	教育研修名	
	科目名	
教育研修 責任者	氏名	
	役職名	
	連絡先住所	〒
	電話・FAX	
	E-mail	
教育研修 管理者	氏名	
	役職名	
	連絡先住所	〒
	電話・FAX	
	E-mail	

年 月 日

公益財団法人MR認定センター  
理事長殿

教育研修施設の名称

教育研修責任者名

印

## 教育研修施設登録事項変更届

MR教育研修要綱第13条に規定する教育研修施設の登録内容について、変更がありましたので、資料を添えて届けます。（変更箇所は赤下線にて表示）

教育研修施設の名称		
直接の基礎教育の有無		有 無
教育研修 施設	施設名(1)	
	所在地	
	施設名(2)	
	所在地	
教育研修の 内 容	教育研修名	
	科目名	
教育研修 責任者	氏 名	
	役 職 名	
	連絡先住所	〒
	電話・FAX	
	E-mail	
教育研修 管理者	氏 名	
	役 職 名	
	連絡先住所	〒
	電話・FAX	
	E-mail	



様式C

年 月 日

公益財団法人MR認定センター  
理事長 殿

企業名

教育研修責任者名

印

## 認定辞退申請書

(教育研修システム・教育研修施設) の認定を辞退します。

企業名	
企業コード	
辞退日	年 月 日
理由	

## 薬剤師等資格取得者名簿

企業コード \_\_\_\_\_ 企業名 \_\_\_\_\_

教育研修責任者名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

以下のものは、下記の資格を取得していることを証明する

センターコード	氏名	医師・歯科医師・薬剤師免許証	
	生年月日（西暦）	登録番号	登録年月日
□□□□ - □□□□		第	号
	19 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	
□□□□ - □□□□		第	号
	19 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	
□□□□ - □□□□		第	号
	19 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	
□□□□ - □□□□		第	号
	19 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	
□□□□ - □□□□		第	号
	19 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	
□□□□ - □□□□		第	号
	19 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	
□□□□ - □□□□		第	号
	19 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	
□□□□ - □□□□		第	号
	19 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	
□□□□ - □□□□		第	号
	19 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	
□□□□ - □□□□		第	号
	19 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	
□□□□ - □□□□		第	号
	19 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	

医師・歯科医師は、登録番号の左に医又は歯と記入する。薬剤師は薬の記入不要。

( / )

様式E

年 月 日

公益財団法人MR認定センター  
理事長 殿

企業名

教育研修責任者名

印

## 年度教育研修に関する申請書

下記の教育研修について申請いたします。

理 由	<p>①導入教育の教育期間が3月末までの予定であるので、次年度の継続教育に対象者を申請したい。 [導入教育整理番号： ]</p> <p>②一体型の導入教育対象者の一部の対象者を基礎教育のみ申請したい。 [対象の一体型の導入教育整理番号： ] [対象者名と理由]</p> <p>③その他</p>
-----	--

年 月 日

企 業 名

教育研修管理者名

印

### 継続教育 履修証明書 実務経験

下記の該当者について証明します。

記

#### 継続教育

氏 名			
センターコード	-	-	-
実施期間	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日
	実施時間	実施時間	実施時間
MRの倫理			
医薬品情報			
疾病と治療			
医薬概論			
技能・実地			
製品知識			
計			

#### 実務経験

氏 名			
センターコード	-	-	-
実施期間	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日
実質日数	日	日	日

本証明書は、実務経験の修了後5年間保管すること。

## 導入教育「基礎教育」の受講資格者名簿

企業コード \_\_\_\_\_ 教育研修施設 \_\_\_\_\_

教育研修施設責任者名 \_\_\_\_\_ 印

以下のものは、導入教育基礎教育の受講資格を取得していることを証明する

センターコード	氏名	卒業大学
	生年月日（西暦）	学部 卒業年（西暦）
□□□□ - □□□□	19 年 月 日	年 月 日
□□□□ - □□□□	19 年 月 日	年 月 日
□□□□ - □□□□	19 年 月 日	年 月 日
□□□□ - □□□□	19 年 月 日	年 月 日
□□□□ - □□□□	19 年 月 日	年 月 日
□□□□ - □□□□	19 年 月 日	年 月 日
□□□□ - □□□□	19 年 月 日	年 月 日
□□□□ - □□□□	19 年 月 日	年 月 日
□□□□ - □□□□	19 年 月 日	年 月 日

注) 本名簿は、企業において教育修了後、5年間保管すること。

## 外字登録申請書

公益財団法人MR認定センター殿  
(送付用：FAX送信不可)

企業コード \_\_\_\_\_ 企業名 \_\_\_\_\_

教育研修管理者名 \_\_\_\_\_

MR認定証の外字の登録を申請します。

フリガナ	
氏名 外字を○で囲んでください	
認定証に記載したい外字のみ大きく明確に記入して下さい	
センターコード	—
認定証登録番号 (新規申請者不要)	第 _____ 号

新規に「MR認定証」の姓名を外字にて印字を希望する者、または、現「MR認定証」の姓名を新たに外字にて印字を希望する者は、本申請書を使用すること。

様式S

年 月 日

## MR認定試験 受験料納付書

公益財団法人MR認定センター殿  
(FAX送信可) FAX 03-3279-2550

企業コード \_\_\_\_\_ 企業名 \_\_\_\_\_

教育研修管理者名 \_\_\_\_\_

受験者数	2科目以上 受験者数 _____ 名 1科目 受験者数 _____ 名
受験料	2科目以上 12,960円 計 _____ 円 1科目 8,640円 計 _____ 円 合計 _____ 円
振込日・振込先銀行	振込日： 月 日 (振込先の銀行に☑を入れてください) <input type="checkbox"/> りそな銀行 室町支店(普)3830421 <input type="checkbox"/> 三菱UFJ銀行 室町支店(普)3875523 <input type="checkbox"/> みずほ銀行 日本橋支店(普)2120132 公益財団法人MR認定センター [ザイ]エムアールニンテイセンター]

年 月 日

## MR認定証交付料納付書

公益財団法人MR認定センター殿  
(FAX送信可) FAX 03-3279-2550

企業コード \_\_\_\_\_ 企業名 \_\_\_\_\_

教育研修管理者名 \_\_\_\_\_

新規交付 (MR認定証及びMRバッジ)	2,460円(1名) _____ 名
MR認定証再交付	2,160円(1名) _____ 名
交付料	合計 _____ 円
振込日・振込先銀行	振込日： 月 日 (振込先の銀行に☑を入れてください) <input type="checkbox"/> りそな銀行 室町支店(普)3830421 <input type="checkbox"/> 三菱UFJ銀行 室町支店(普)3875523 <input type="checkbox"/> みずほ銀行 日本橋支店(普)2120132 公益財団法人MR認定センター [ザイ]エムアールニンテイセンター]

申請時にFAXもしくは郵送すること。

MR認定証の氏名の漢字を変更する者(外字等)の、外字登録申請書を添付します。

外字登録申請書 \_\_\_\_\_ 枚



## MR 認定証更新料納付書

公益財団法人MR 認定センター殿

企業コード \_\_\_\_\_ 企業名 \_\_\_\_\_

教育研修管理者名 \_\_\_\_\_

認定証更新申請者数	_____ 名
認定証更新料	5,400円 (1名)  合計 _____ 円
振込日・振込先銀行	振込日： 月 日 (振込先の銀行に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください) <input type="checkbox"/> りそな銀行 室町支店(普) 3830421 <input type="checkbox"/> 三菱UFJ銀行 室町支店(普) 3875523 <input type="checkbox"/> みずほ銀行 日本橋支店(普) 2120132 公益財団法人MR 認定センター [ザイ]エムアールニンテイセンター]

更新申請書と一緒に送付して下さい。

MR 認定証の氏名の漢字を変更する者 (外字等) の、外字登録申請書を添付します。

外字登録申請書 \_\_\_\_\_ 枚

様式S-4

年 月 日

公益財団法人MR認定センター  
理事長 殿

企業名

教育研修責任者名

印

### 補完教育の特例措置に関する申請書

補完教育の下記該当者の特例申請について申請いたします。

氏名			
認定証登録番号			
有効期限	年 1 月 末日	年 1 月 末日	年 1 月 末日
理 由			

様式S-5

年 月 日

## MRバッジ頒布申請・頒布料納付書

公益財団法人MR認定センター殿  
(FAX送信可) FAX 03-3279-2550

企業コード \_\_\_\_\_ 企業名 \_\_\_\_\_

教育研修管理者名 \_\_\_\_\_

MRバッジ	300円(1個) _____ 個
頒布料	合計 _____ 円
振込日・振込先銀行	振込日： 月 日 (振込先の銀行に☑を入れてください) <input type="checkbox"/> りそな銀行 室町支店(普)3830421 <input type="checkbox"/> 三菱UFJ銀行 室町支店(普)3875523 <input type="checkbox"/> みずほ銀行 日本橋支店(普)2120132 公益財団法人MR認定センター

申請時にFAXもしくは郵送すること。