

認定薬剤師 認定期間延長申請書  
( 新 規 )

(西暦) 年 月 日

昭和大学薬学部生涯教育推進委員会 殿

下記理由により、認定薬剤師の認定期間延長を申請いたします。

申請者氏名 (自署) ※認印のみ可	ふりがな  氏名  印	性 別 (○で囲む)	1. 男性 2. 女性
現 住 所	〒 ー  連絡先電話番号 (日中連絡可能な番号) : ( )		
PCメールアドレス (携帯電話のみの場合はその アドレスを記載すること)	@		

1. 延長申請理由	<input type="checkbox"/> 出産・育児 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> その他 ( )
2. 事由発生前最後に 単位を修得した 年月日	西暦 年 月 日
3. 事由消滅後最初に 単位を修得した 年月日	西暦 年 月 日
4. 延長希望期間	西暦 年 月 ~ 西暦 年 月
5. 指定書類 添付チェック欄  (添付したことを確認 し、該当項目に○をつけ てください。)	a. 出産・育児の場合 : 母子手帳の出生届出済証明書及び家族の氏名の記載欄部分の ページの写し b. 病気の場合 : 上記事由発生期間内にその疾病治療のためにかかった医療機関の領 収書の写し (いずれかの時点のもの 1 部) または診断書の写し c. その他 ・ 家族の介護・看護の場合 : 介護・看護対象となった家族の続柄と介護・看護内 容を簡潔に記載した文書 (様式は特に定めない)