

認定薬剤師 認定期間延長申請書
(新 規)

(西暦) 年 月 日

昭和医科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	☐ 出産・育児 ☐ 病気 ☐ 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)