

## 小児薬物療法認定薬剤師 特別な事由による各年単位取得条件適用除外申請書

日本薬剤師研修センター 理事長 殿

表題について、下記理由により申請致します。

申請者	氏名： _____ PECS ユーザ ID： _____
	薬剤師名簿登録番号：第 _____ 号 小児認定番号： _____
	認定期間：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
自宅住所	住 所：〒 _____
メールアドレス	汎用しているアドレスを記載のこと

## 申請する特別な事由とその期間

申請事由 (○記入)	事由	事由発生期間
	1 産前産後休業	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
	2 育児休業	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
	3 病気療養による休暇	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
	4 家族の介護による休業	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
	5 現勤務先からの海外赴任	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
	6 家族の介護 (休業を伴わない)	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
	7 退職による無職の状態	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
	8 被害の大きい災害遭遇	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記認定期間中の**必須業務実績報告**の単位取得状況 (初回認定期間のみ)

認定1年目： \_\_\_\_\_ 単位 認定2年目： \_\_\_\_\_ 単位 認定3年目： \_\_\_\_\_ 単位

認定期間中の日本小児臨床薬理学会で3単位以上取得 (いずれか○で囲む) している していない

## &lt;提出書類&gt;

- ・ 1～5の場合は勤務先が発行する休業等を証明するもの (正本)。
- ・ 6の場合は介護対象となった家族の続柄と介護期間、内容を簡潔に記載した文書 (様式は特に定めない。) 及び受診等医療機関等の領収書の写し (期間中のすべて)
- ・ 7の場合は前職の就業最終日が記載された前職の在職証明と現職の就業開始日が記載された在職証明 (いずれも正本)。
- ・ 8の場合は罹災証明書 (写し) または災害発生日、災害内容、程度等を記載した文書 (様式は特に定めない)。

手帳で管理している単位がある場合は、受講シールが貼付されているページのコピーも同封のこと