

小児薬物療法認定薬剤師 認定期間延長申請書

日本薬剤師研修センター 理事長 殿

下記理由により、小児薬物療法認定薬剤師の認定期間延長を申請致します。

| | | | |
|---------------------------|---|----|----------------|
| 申請者氏名 | ふりがな 氏 名 | 性別 | 1. 男性 2. 女性 |
| 薬剤師名簿登録番号 認定番号 認定期間 | 薬剤師名簿登録番号：第 _____ 号 小児 第 _____ 号 認定期間：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日～西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | | |
| 自宅住所等 | 住 所：〒 電話番号（日中連絡可能な番号）： | | |
| e-mail アドレス | | | |

| | |
|-------------------|---|
| 延長申請事由 (○をつける) | 1. 産前産後及び育児休暇 2. 病気療養 3. 家族の介護 4. 海外赴任 5. 退職・辞職 6. その他 (_____) |
| 事由発生期間 | 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |

*手帳で管理している単位（受講シール）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。

上記の延長申請事由で休暇・休職（退職・辞職は含まない）を伴った場合は勤務先から交付された休職証明（正本）も併せて提出して下さい。

休暇・休職を伴わない「家族の介護」、あるいは退職・辞職の場合は「小児薬物療法認定薬剤師 認定期間延長について」の「3」の（2）もしくは（3）に記載されている文書を別途提出のこと。