

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。