

(新規申請者用)

(西暦) 年 月 日

研修認定薬剤師 単位取得期間延長申請書

日本女性薬剤師会 会長 殿

下記の理由により、研修認定薬剤師の認定期間延長を申請します。

申請者氏名	ふりがな 氏名	性別	1. 男性 2. 女性
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 2.病気静養 3.家族の介護・看護 4.海外赴任 5.その他 ()
事由発生前最後に 単位修得した年月日	年 月 日
事由消滅後最初に 単位修得した年月日	年 月 日
延長希望期間*	年 月 日 ~ 年 月 日

*延長希望期間は、「(参考図) 研修認定薬剤師 特別な事由による期限限定延長の考え方 (新規の場合) PDF」を参照の上、ご記載ください。

【それぞれ指定する書類を合わせて提出のこと】

- 産前産後及び育児の場合：母子手帳の出生届済証明書及び家族の氏名記載部分のページの写し
- 病気静養の場合：上記事由発生期間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
(いずれかの時点の者の1枚で結構です) または診断書 (写し)
- 家族の介護・看護の場合：介護・看護の対象に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 (様式は特になし)
- 海外赴任の場合：日本国旅券 (パスポート) の顔写真が貼付されたページ及び該当の出入国記録があるページの写し