大阪医科薬科大学　薬学生涯学習センター長　殿

生涯研修認定薬剤師　認定（研修）期間延長申請

生涯研修認定薬剤師の認定（研修）の延長を申請いたします。

提出日　西暦　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | | 認定薬剤師 | |
| 氏　名 |  | | | | | * 初回認定者 * 更新者 | |
| 住　所 | 〒 | | | | | | |
| 連絡先 | TEL： | | | | | | |
| E-mail：　　　　　　　　　　　　　＠ | | | | | | |
| 薬剤師名簿登録番号 | | 第　　　　　　　　　　　　　　　　　号 | | | | | |
| 当初の認定（研修）期間 | | 西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日 ～ 　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | |
| 現在の　　　　　取得単位数 | 1年目 | | 2年目 | 3年目 | 4年目 | | 5年目 |
| 単位 | | 単位 | 単位 | 単位 | | 単位 |
| 希望の認定　（研修）期間　　　（□にチェックを　入れる） | * 研修　　　　　年目を1年間延長　（下線部分に１～４の数字をご記入ください） | | | | | | |
| * その他の期間（希望の期間をご記入ください） | | | | | | |
| 理　由　　　　　（□にチェックを　入れる） | * 新型コロナウイルス感染拡大の影響に伴い、受講予定の研修会が中止となり、認定申請に伴う取得単位数が不足した。 | | | | | | |
| * その他の理由（理由をご記入ください） | | | | | | |

※　更新の方は、認定薬剤師証の写しと合わせて本センターへ郵送してください

※　その他の理由の場合は、その証明となるものの写しをご提出ください

※　申請者は延長希望の期間が満了する前（2年目を延長の場合、2年目が満了する前）までにご提出ください。