

## 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						<input type="checkbox"/> 初回認定者 <input type="checkbox"/> 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	単位
希望の認定 (研修)期間 (□にチェックを 入れる)	<input type="checkbox"/> 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)					
	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 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。					
	<input type="checkbox"/> 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。

センター記入欄	受理年月日	受理 No
---------	-------	-------