

認定期間延長申請書（更新申請者用）

提出日(西暦) 20 年 月 日

東京都薬剤師会 会長 殿

公益社団法人東京都薬剤師会の薬剤師生涯研修認定制度実施要綱に基づき、研修認定薬剤師認定期間の延長を申請します。

申請者	フリガナ		㊦	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	氏名			
	認定薬剤師登録番号			
	認定期間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日		
現住所	〒 - - <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先			
電話番号	- -	日中連絡の取れる電話番号	- -	
E-mail	@			※携帯電話のアドレスは不可

延長事由 (該当する項目に○)	1. 産前産後及び育児 2. 病気療養 3. 家族の介護・看護 4. 海外赴任・留学 5. その他 ()
延長希望期間	(西暦) 20 年 月 ~ 20 年 月
事由発生前 最終の単位取得年月日	(西暦) 20 年 月 日
事由終了後 最初の単位取得年月日	(西暦) 20 年 月 日
必要資料 (該当する項目に○をして、必要書類を添付してください。)	<p>1. 産前産後及び育児の場合：母子手帳の出生届出済証明ページの写し</p> <p>2. 病気療養の場合：その疾病治療を行ったことを証明できるもの (医療機関の領収書・診断書等の写し)</p> <p>3. 家族の介護・看護の場合：介護・看護の対象と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 (様式は特に定めない)</p> <p>4. 海外赴任・留学の場合：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</p> <p>5. その他の場合：その事由を客観的に証明する書類等の写し</p>

注1. 特別な事由による認定期間の延長を希望する場合は、延長事由解消後速やかに当申請書を提出すること。

注2. 返信用封筒(「認定期間延長申請承認通知書」の郵送先を記入し、84円切手貼付)を同封すること。