

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 | | ④ | 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 () |
| 延長事由の該当期間 (原則として最長1年) | (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。) | 次ページの「延長事由 記入欄」に、延長事由について事情や状況を詳細にご記入ください |
| | <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：その病気療養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・看護内容について、次ページの「延長事由 記入欄」に記入すること</p> <p>4. 海外赴任・留学の場合：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。また、海外赴任・留学を証明できる書類の写し</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、原則として延長事由解消後速やかに当申請書を提出すること。ただし、延長事由の解消見込み時期が認定期間満了後となる場合は、予め東京都薬剤師生涯学修支援センター事務局までその旨申し出ること。

注2. 期間延長申請承認後の新しい認定期間を記した認定証を送付するための「返信用封筒」(角2封筒・180円分の切手貼付・宛先記載)を同封すること。

延長事由 記入欄

(延長事由について、事情や状況を必ず記入すること)

事務局記入欄