

小児薬物療法認定薬剤師 認定期間延長申請書

日本薬剤師研修センター 理事長 殿

下記理由により、小児薬物療法認定薬剤師の認定期間延長を申請致します。

申請者氏名	ふりがな 氏名	性別	1. 男性 2. 女性
薬剤師名簿登録番号 認定番号 認定期間	薬剤師名簿登録番号：第 号 小児 第 号 認定期間：西暦 年 月 日～西暦 年 月 日		
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. 産前産後及び育児休暇 2. 病気療養 3. 家族の介護 4. 海外赴任 5. 退職・辞職 6. その他 ()
事由発生期間	西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日

上記の延長申請事由で休暇・休職（退職・辞職は含まない）を伴った場合は下記証明も併せて提出のこと。休暇・休職を伴わない「家族の介護」、あるいは退職・辞職の場合は「小児薬物療法認定薬剤師 認定期間延長について」の「3」の（2）もしくは（3）に記載されている文書を別途提出のこと。

勤務先上長による証明

上記の者は、休暇期間前当施設に勤務、上記期間休暇・休職し、休暇明け当方施設に復職したことを証明致します。

所属（施設名等）：
_____所属住所： 〒
_____上長職名・自筆署名・捺印：

印