

認定薬剤師 特例適用申請書

一般社団法人 薬剤師あゆみの会 職能委員会 御中

申請日： 年 月 日

申請者氏名	ふりがな		
	氏 名 ㊞		
会員種別	<input type="checkbox"/> 法人会員（会社名： _____）		
	<input type="checkbox"/> 個人賛助会員（ユーザ ID：U _____）		
生年月日	（西暦） 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
現住所	〒 _____		
電話番号	（ _____ ）	FAX 番号	（ _____ ）
メールアドレス （携帯電話不可）			

下記事由により、薬剤師あゆみの会 薬剤師認定制度運用規定第 9 条に基づき認定薬剤師認定期間の延長を申請します。

認定薬剤師登録番号	第 03-
認定期間	（西暦） 年 月 日～ 年 月 日
予定延長期間	（西暦） 年 月 ～ 年 月 （最大 2 年間）
延長理由	<input type="checkbox"/> 出産・育児 <input type="checkbox"/> 病気療養 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 海外勤務 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
備考	

添付書類

<input type="checkbox"/> 現在有効である認定薬剤師証の写し
<input type="checkbox"/> 延長理由にあたる証明書（公的書類、休職届写しほか）

< 法人会員のみ（個人賛助会員は不要） >

所属法人名： _____ ㊞

ふりがな

担当者氏名： _____

電話番号： _____