

研修認定薬剤師単位取得期間延長申請書

年 月 日

新潟薬科大学高度薬剤師教育研究センター長 殿

申請者氏名	ふりがな				⑩
	氏名				
生年月日	(西暦)	年	月	日	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
現住所	〒				
電話番号	-	-	FAX番号	-	-
E-mail (携帯アドレス不可)		@			
薬剤師名簿登録番号	第 号				
申請区分 (該当項目の□にチェック)	<input type="checkbox"/> 新規 【単位取得開始日】 (西暦) 年 月 日				
	<input type="checkbox"/> 更新 【認定薬剤師番号および認定期間 (最新の認定薬剤師証に記載されているもの)】 N (西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日				
申請理由 および 希望延長期間 (該当項目の□にチェック)	<input type="checkbox"/> 出産・育児 <input type="checkbox"/> 病気療養 <input type="checkbox"/> その他 () 【単位取得希望延長期間】 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日				
	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染拡大の影響に伴う研修会の中止 【単位取得希望延長期間】 新規：単位取得開始日から4年間の単位取得期間を1年間延長 更新：現在有効な認定期限(満了日)から1年間延長				
添付書類について	高度薬剤師教育研究センターHP「申請方法について」にてご確認のうえ、必要書類の添付をお願いいたします。 なお、新型コロナウイルス感染症拡大の影響に伴う研修会の中止による申請については、添付書類は不要です。				
(参考) 現時点での取得単位数	現在 計	年目 単位	(新潟薬科大学 その他)	単位) 単位)	

個人情報保護法を遵守し、申請書に記載された個人情報は管理責任者のものと適正に取り扱います。

新潟薬科大学 記入欄	受付日	年 月 日	通信欄	係員
	許可日	年 月 日		
	承認書発送日	年 月 日		