（様式２）

研修認定薬剤師 認定期間延長申請書

年　　月　　日

(一般社団法人) ソーシャルユニバーシティ 薬剤師生涯学習センター長　殿

下記理由により、研修認定薬剤師の認定期間延長を申請いたします。

申請者氏名	ふりがな 氏名　　印	性別 （○をつける）	1．男性　2．女性
認定番号・認定期間	第　　号　認定期間：　　年　　月		
現住所	〒		
電話番号（携帯電話可）		FAX	
メールアドレス （携帯電話不可）			

1．延長申請事由 （○をつける）	1．産前産後休業あるいは育児休業　2．病気療養　3．家族の介護・看護 4．海外赴任　5．その他（　　）
2．延長希望期間 （原則1年間）	年　月　日 ～　年　月　日
3．事由が発生する前の最終の単位取得年月日	年　月　日
4．事由が終了した後の最初の単位取得年月日	年　月　日
5．添付書類 （□にチェック）	□　産前産後休業あるいは育児休業の場合 ：母子手帳の出生届出済証明書及び家族の氏名の記載欄部分のページの写し □　病気療養の場合 ：上記事由発生期間内にその疾病治療のためにかかった医療機関の領収書の写し（いずれかの時点のもの 1 枚）または診断書（写し） □　家族の介護・看護の場合 ：介護・看護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） □　海外赴任の場合 ：日本国旅券（パスポート）の顔写真が貼付されたページおよび該当の出入国記録があるページの写し
6．返信用封筒	□　宛名記載・切手貼付のこと

送付先

〒163-0445
東京都新宿区西新宿2-1-1 新宿三井ビルディング45階
（一般社団法人）ソーシャルユニバーシティ 薬剤師生涯学習センター 宛