（新規申請者用）

年　　月　　日

研修認定薬剤師　単位取得期間延長申請書

日本薬剤師研修センター　理事長　殿

下記理由により、研修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
自宅住所等	住　　所：〒 電話話番号（日中連絡可能な番号）：		
e－mailアドレス			

延長申請事由 （〇をつける）	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　　５．その他（　　）
事由発生前最後に単位を取得した年月日	年　　月　　日
事由消滅後最初に単位を取得した年月日	年　　月　　日
延長希望期間※	年　　月　～　年　　月
指定書類 添付チェック欄 （添付したことを確認し、該当項目に〇をつけてください。）	**a. 産前産後及び育児の場合：**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 **b. 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枚で結構です）または診断書（写し） **c. 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） **d. 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

※延長希望期間は、「(参考図) 研修認定薬剤師　特別な事由による認定期間延長の考え方（新規の場合）(PDF)」をご参照の上、ご記載ください。