（更新申請者用）

年　　月　　日

**認知症研修認定薬剤師　認定期間延長申請書**

一般社団法人日本薬局学会　会長　殿

下記理由により、認知症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 | 氏名（ふりがな） |
| 認定番号 |  |
| 認定期間 | 認定期間  年　　月　　日　～　　　　　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  （〇をつける） | １．産前産後および育児　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 |
| 延長希望期間　※ | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日（原則1年間） |
| 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）または診断書の写し  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及び該当の出入国記録のあるページの写し |
| 返信用封筒（宛名記載・切符貼付のこと） | * （全て添付したことを確認し、□にレ点をつけてください） |

※延長希望期間は「（参考）認知症研修認定薬剤師制度実施細則　第５条更新要件および更新方法　第６項をご確認の上、ご記入ください。期間は原則として1年間とします。