|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| センター記入欄 | 発行番号 |  |

神戸薬科大学エクステンションセンター長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 提出日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日 |

**神戸薬科大学　研修認定薬剤師等　認定（研修）期間延長申請**

　　□にチェックをいれる

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | □ 研修認定薬剤師　　　　　□ 健康食品領域研修認定薬剤師 | | | | | | |
| **ふりがな** |  | | | | | **認定薬剤師** | |
| **氏　名** |  | | | | | **□**初回認定者  **□**更新者 | |
| **住　所** | 〒　　　－ | | | | | | |
| **連絡先** | 電　話 | －　　　　　　－ | | | | | |
| E-Mail | ＠ | | | | | |
| **薬剤師名簿**  **登録番号** | 第　　　　　　　　　　　号 | | | | | | |
| **当初の**  **認定（研修）期間** | 西暦　　　　年　　月　　日　~ 　西暦　　　　年　　月　　日 | | | | | | |
| **現在の**  **取得単位数** | 1年目 | | 2年目 | 3年目 | 4年目 | | 合計 |
| 単位 | | 単位 | 単位 | 単位 | | 単位 |
| **希望の**  **認定（研修）期間**  （□にチェックを  入れる） | * 研修　　　年目を１年間延長（下線部分に1~4の数字をご記入ください) | | | | | | |
| * その他の期間（希望の期間をご記入ください） | | | | | | |
| **理　由**  （□にチェックを  入れる） | * 新型コロナウィルス感染拡大の影響に伴い、受講予定の研修会が中止となり、認定申請に伴う取得単位数が不足した。 | | | | | | |
| * その他の理由（理由をご記入ください） | | | | | | |

＊更新の方は、認定薬剤師証の写しと合わせて本センターへ郵送してください。

＊その他の理由の場合は、その証明となるものの写しをご提出ください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　神戸薬科大学エクステンションセンター

〒658-8558　神戸市東灘区本山北町4-19-1

TEL：(078)441-7627