

## 老年薬学認定薬剤師 認定更新保留申請書

20 年 月 日

一般社団法人 日本老年薬学会 代表理事 殿

申請者氏名	ふりがな 氏名			印			
会員番号							
生年月日	(西暦)	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
現住所	〒 —						
電話番号	(該当の方を○で囲む: 自宅 / 勤務先)						
メールアドレス	@						

認定更新にあたり、下記理由により更新の保留申請いたします。

老年薬学認定 薬剤師登録番号	号	認定期限 (認定証記載)	年 月 日まで
希望保留期間	<input type="checkbox"/> 1年 (認定期限の翌年の申請期間に申請) <input type="checkbox"/> 2年 (認定期限の2年後の申請期間に申請) <input type="checkbox"/> 3年 (認定期限の3年の申請期間に後申請)		
保留理由	<保留理由の証明> 上記の保留理由に偽りのないことを証明します。 西暦 年 月 日 施設名 _____ 役職名 _____ 所属長の氏名(署名又は記名押印) _____ 印		

※提出されたファイルデータの内容をこちらで確認できない場合には、再度提出をお願いしますので、提出書類の原本は審査が終了するまで保管してください。