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 | 　□男　　　□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 | □1年　(認定期限の翌年の申請期間に申請)　□2年　(認定期限の2年後の申請期間に申請)□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。