日本老年薬学会 老年薬学指導薬剤師 更新

老年薬学指導薬剤師 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 | （□自宅　または　□勤務先） |
| メールアドレス | （□自宅　または　□勤務先） |

　指導薬剤師更新にあたり、下記理由により更新の保留申請をいたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 老年薬学指導 薬剤師登録番号 | 号　 |  認定期限（認定症記載） | 　　　　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年後の申請期間に申請） |
| 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。　20　　　年　　　 月　　　　日施設名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　　　　　　　　　所属長の役職名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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。