（別　紙）

　　　　年　　　月　　　日

**認定単位取得期間延長理由書**

神奈川県薬剤師会会長　　殿

認定薬剤師の申請にあたり、規定の認定単位取得期間を超えた理由は次のとおりです。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 | ふりがな  氏　名 | 性別 | ・男性  ・女性 |
| 認定番号等 | ・新　規  ・認定番号（　　　　　　　　　　）  ・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 |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 延長理由 | １．産前産後及び育児　　２．病気療養　　３．家族の介護・看護  ４．海外赴任・留学　　　５．その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 延長希望期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 |
| 理由発生前、最終の単位取得年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 理由終了後、最初の単位取得年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 必要資料  添付チェック欄  (添付したことを確認し該当項目に○をしてください。) | **１．産前産後及び育児の場合：**出生を証明するもの（母子手帳の写しなど）  **２．病気療養の場合：**その疾病治療を行ったことを証明できるもの（医療機関の領収書・診断書の写しなど）  **３．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）  **４．海外赴任・留学の場合：**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があるページの写し  **５．その他の場合**：その理由を客観的に証明する書類等（写し） |