

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

	<input type="checkbox"/> 研修認定薬剤師		<input type="checkbox"/> 健康食品領域研修認定薬剤師		
ふりがな					認定薬剤師
氏名					<input type="checkbox"/> 初回認定者 <input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> にチェックを入れる)	<input type="checkbox"/> 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）				
	<input type="checkbox"/> その他の期間（希望の期間をご記入ください）				
理由					

*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。

*理由を証明するもの（例 診断書等）があればその写しをご提出ください。

*申請書は延長希望の期間が満了する前(2年目を延長の場合2年目が終了する前)迄にご提出ください。

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