抗菌化学療法認定薬剤師制度 認定期間延長申請書（海外留学・海外勤務等）

抗菌化学療法認定薬剤師　申請書式-6

　　　　※申請番号

　　　　　※は記入しないで下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 記入日： | 西暦　　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 会員番号 |  |
| フリガナ |  |
| 申請者氏名 |  | ㊞ |
| 認定番号 |  | |
| 認 定 日 | 西暦　　　　　年　　　　月　　　日 | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 勤務先名 |  | | |
| 所属部署 |  | | |
| 勤務先住所 | 〒 | | |
| 勤務先TEL |  | 勤務先FAX |  |
| E-mail | 普段お使いになるアドレスを楷書でお書き下さい。 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 延長理由（留学等） | 海外での派遣先／留学先名称 | 期　　間 |
|  |  | ～ |

* **海外留学・海外勤務の証明となる書類（招聘状等）のコピーを添付して提出してください。**

☆海外滞在中の郵便物送付先についていずれかをお選びください。

１．（　　　）　国内送付先（ご実家・勤務先）

２．（　　　）　郵送を止める

送付希望の場合には下記に送付先をご記入ください。

※認定期間延長申請が承認されましたら、メールにて承認通知書（PDF）をお送り致します。