

外来抗感染症薬認定薬剤師 認定期間延長申請書（海外留学・海外勤務等）

※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			
認定番号			
フリガナ			
申請者氏名	(印)		
生年月日	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

<p>※送付希望の場合には下記に送付先をご記入ください。</p> <p>〒 _____</p>

<p>※受付印</p>

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