

--

受付日

受付 No.

一般社団法人日本薬剤疫学会 ファーマコビジランス・スペシャリスト (PVS)  
認定資格更新保留申請書

一般社団法人日本薬剤疫学会 理事長 殿

一般社団法人日本薬剤疫学会 PVS 認定資格更新の保留を申請いたします。(認定番号: )  
(西暦) 年 月 日

ふりがな  
申請者氏名 印 生年月日 (西暦) 年 月 日

申請者の所属施設

所属名 (部局名を含む):

役 職:

所在地: 〒

TEL:

FAX:

E-mail:

連絡先 (書類送付先) として所属施設と異なる住所を希望する場合には、以下に記入してください。

住所: 〒

TEL:

FAX:

◆更新の保留開始日 (年度単位)

(事務局記入) 年 9 月 1 日 から最長 3 年間

※保留期間中は PVS を呼称することはできません。

(ファーマコビジランス・スペシャリスト (Pharmacovigilance Specialist, PVS) 制度細則第 5 条)

◆更新を保留する理由

--

以下は事務局で使用しますので、記入しないでください。

日本薬剤疫学会入会年月日: 年 月 日

認定番号: 認定期間: 2015 年 10 月 1 日 ~ 2020 年 9 月 30 日

更新保留期間: 年 9 月 1 日 ~ 年 8 月 31 日