受付No.

受付日

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：2016年10月1日～2021年9月30日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　更新保留期間：　　年9月1日　～　　年8月31日