一般社団法人日本薬剤疫学会

認定薬剤疫学家 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認定薬剤疫学家の資格更新の保留を申請いたします。

|  |
| --- |
| 申請日(西暦)：○○○○ 年○○月○○日 |
| 申請者氏名 | 　(フリガナ)　ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 |
|  | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 |
| 生年月日(西暦) | ○○○○ 年○○月○○日  |
| 認定番号 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | 認定期間(西暦) | ○○○○ 年○○月○○日～ ○○○○ 年○○月○○日  |
| 所属機関・部署名 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。　 |
|  | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。　 |
| 役 職 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。　 |
| 連絡先住所 | 〒（ － ） | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| [ ] 上記所属機関　 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。　 |
| [ ] それ以外（ご自宅等） | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。　 |
| 電話番号 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | FAX番号 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 |
| E-mail | 　ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 |
|  | ※判定結果等をメールでご連絡いたしますので正確にご記入ください |

◆更新の保留期間（年度単位）

　○○○○年9月1日　から○年間

※保留期間中は認定薬剤疫学家を呼称することはできません。（認定薬剤疫学家 制度細則第5条）

※保留できるのは最長3年間です。

◆更新を保留する理由

ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。

**（以下、事務局使用欄）**

受付日：　　　　　　　　　　　　　　受付番号：

　日本薬剤疫学会入会年月日： 年　　　月　　　日

　　認定番号：　 認定期間：　　年9月1日～　　年8月31日

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