麻薬教育認定薬剤師　活動休止申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 申請年月日（西暦） | 年　　月　　日 |
| （ふ り が な）  申 請 者 氏 名 | （　　　　　　　　　　　　　　） |
| 生年月日（西暦） | 年　　月　　日　　（　　　　　歳） |
| 会員番号 | 709－　　　－　　　　（709から始まる10桁の数字） |
| 現　住　所 | 〒□□□-□□□□ |
| 勤 務 先 ・ 所 属  職 名 |  |
| 勤務先所在地  Tel・Fax  メールアドレス | 〒□□□-□□□□  Tel: ( ) - ( ) - ( ) ・ Fax: ( ) - ( ) - ( )  E-mail ＠ |
| 麻薬教育認定薬剤師 | 認定番号：第　　　　　　　号  認定期間：　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| 活動休止申請期間 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| 活動休止申請状況  （いずれかに〇） | １. はじめて申請する　　２. 現在活動休止中である  ３. 過去に活動を休止したことがある |
| 活動休止の主な理由  （いずれかに〇） | 海外留学・長期海外渡航・病気療養・出産育児・介護・その他 |
| ＜申請理由＞  　　上記の申請理由に偽りのないことを誓います。  　　　　年　　月　　日  申請者氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　印 | |

※活動休止の理由となる証明書（例えば、海外留学の場合は招聘先からの書類の写し、病気療養の場合は医師の診断書、出産育児の場合は出産を証明する母子健康手帳の写し、介護の場合は要介護状態を証明する書類の写しなど）を添付して下さい。

※一番右下の氏名は自署の上、押印（シャチハタ可）し、本申請書をPDF化して提出してください。