令和５年度HIV感染症薬物療法認定薬剤師認定試験受験に関する

措置申請書

【令和２年度HIV感染症薬物療法認定薬剤師暫定認定者用】

新型コロナウイルス感染症の影響により、施設長からの指示による東京都内への移動制限等があり、令和５年度HIV感染症薬物療法認定薬剤師認定試験を受験することができませんので、暫定認定期間の延長を申請いたします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 請 年 月 日 | 令和　　年　　月　　日 | | | | |
| ふりがな |  | | | | ㊞ |
| 申　請　者　氏　名 | （直筆の場合、押印は不要です） | | | |
| 日病薬会員番号 |  | | | |  |
| 勤 務 先 名 |  | | | | |
| 所属・職名 |  | | | | |
| 勤務先住所 | 〒 | － | 都道府県 |  | |
|  | | | | |
| Tel ・ Fax | Tel |  | Fax |  | |
| 電子メールアドレス |  | | | | |

|  |
| --- |
| 上記の者は、令和２年度にHIV感染症薬物療法認定薬剤師として暫定認定されていますが、新型コロナウイルス感染症の影響により、施設長からの指示で、令和５年度の認定試験を受験することが出来ないことを証明いたします。  　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　施設名  　　　　　　所属長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  （直筆の場合、押印は不要です） |

※1：試験受験予定者が所属長の場合は、施設長の証明となります。

【提出期限４月２８日（金）】