**附件三**

**「腎臟病照護藥師」證書資格展延申請表**

* 以本會網站公告日為準，請詳填下列資料後Email至[ftpa03@taiwan-pharma.org.tw](file:///D%3A%5C%E9%86%AB%E9%99%A2%E8%97%A5%E5%B8%AB%E5%A7%94%E5%93%A1%E6%9C%83%5C%E7%AC%AC14%E5%B1%86%E9%86%AB%E9%99%A2%E8%97%A5%E5%B8%AB%E5%A7%94%E5%93%A1%E6%9C%83%5C02.%E5%85%A8%E6%B0%91%E5%81%A5%E5%BA%B7%E4%BF%9D%E9%9A%AA%E6%9C%AB%E6%9C%9F%E8%85%8E%E8%87%9F%E7%97%85%E5%89%8D%E6%9C%9F%EF%BC%88Pre-ESRD%EF%BC%89%E4%B9%8B%E7%97%85%E4%BA%BA%E7%85%A7%E8%AD%B7%E8%88%87%E8%A1%9B%E6%95%99%E8%A8%88%E7%95%AB%5C01%E6%9C%83%E8%AD%B0%5C111%E5%B9%B4%5C%E6%85%A2%E6%80%A7%E8%85%8E%E8%87%9F%E7%97%85%E8%97%A5%E5%B8%AB%E7%85%A7%E8%AD%B7%E7%B9%BC%E7%BA%8C%E6%95%99%E8%82%B2%E8%AA%B2%E7%A8%8B%E7%A0%94%E5%95%86%E6%9C%83%E8%AD%B0%5Cftpa03%40taiwan-pharma.org.tw)
* 展延申請時間：需於期限屆滿**前三個月**使得提出申請。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者姓名 |  |
| 身分證字號 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 連絡電話 |  |
| 電子信箱 |  |
| 聯絡地址 |  |
| 完成腎臟整體照護訓練班開課時間 |  年 月 日 |
| 申請展延原因請勾選及簡述(請檢附相關證明) | □ 重大傷病者或變故者□ 轉職或生涯轉換□ 其他不可抗拒之因素\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 檢附資料 | □ 舊有「腎臟病照護藥師」證書影本一份□ 書面證明資料正本一份□ 其他 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

申請日期： 年 月 日

申請人親簽：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 承辦人 | 審查委員 | 主任委員 |
|  |  |  |