**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:\醫院藥師委員會\第14屆醫院藥師委員會\02.全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護與衛教計畫\01會議\111年\慢性腎臟病藥師照護繼續教育課程研商會議\ftpa03@taiwan-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 |
|  |  |  |