

(様式7) eラーニング単位上限規制適用除外申請書

(西暦) 年 月 日

明治薬科大学認定評価委員会 御中

|         |            |        |     |
|---------|------------|--------|-----|
| 申請者氏名   | ふりがな       |        |     |
|         | 氏 名        |        |     |
| 生年月日    | (西暦) 年 月 日 |        |     |
| 現住所     | 〒 -        |        |     |
| 連絡先電話番号 | ( )        | FAX 番号 | ( ) |
| メールアドレス |            |        |     |

下記の理由により、明治薬科大学 eラーニング取得単位について、上限規制適用除外の申請をします。

|                          |   |               |       |
|--------------------------|---|---------------|-------|
| 1. 申請日                   | (西暦) 年 月 日  |               |       |
| 2. 薬剤師名簿登録番号             |   | 3. 薬剤師名簿登録年月日 | 年 月 日 |
| 4. 申請理由<br>(該当項目の□にチェック) | <input type="checkbox"/> 居住地が遠隔地<br><input type="checkbox"/> 出産*<br><input type="checkbox"/> 病気*<br><input type="checkbox"/> その他 (下記の枠にご記入ください)<br><div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> |               |       |
| 5. 添付書類                  | 申請理由が*に該当する出産、病気の場合、それを証明する書類をご提出ください。  |               |       |

申請書に記載された内容は個人情報保護法の法規や本学規程に則り適切に取り扱います

以下、明治薬科大学記入欄

|            |            |
|------------|------------|
| 受付日： 年 月 日 | 承認日： 年 月 日 |
|------------|------------|