**産後ケア実務助産師研修修了者　更新延長申請書**

産後ケア実務助産師研修修了者更新年度の延長をお願いしたく、下記の通り申請いたします。

申請者氏名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申請年月日** | | **西暦　　　　　年　　　　月　　　　日** | |
| **都道府県** | |  | |
| **\*1**  **申請者** | **氏　名** |  | |
| **助産師会会員NO.** |  | |
| **住所** | **〒** | |
| **連絡先** | **電話番号** |  |
| **メールアドレス** |  |
| **\*2**  **所属先** | **名称** |  | |
| **住所** |  | |
| **認定番号** | | **20 -** | |
| **延長期間** | | **2025年　　　～　　　　　　　　　1年間** | |
| **延長理由** | |  | |

＊1申請者の情報は、日本助産師会会員管理情報と同一のものとしてください。（必要時申請前に更新をお願いします）

＊2所属先（勤務先の施設）がない場合は記載不要です。

＊3延長する場合は毎年提出が必要です。

＊4延長期間は認定停止とし、延長期間は最大3年までとなります。