

执业药师延期学习证明

兹证明我单位执业药师_____（姓名）_____（身份证号），因_____（伤、病、孕）未能参加_____（年度）执业药师继续教育，特此证明，申请补修学习。

单位名称：（盖公章）

负责人：（签名）

日期：

根据执业药师继续教育暂行规定：“执业药师因伤、病、孕等特殊原因无法在当年度完成继续教育学时的，由执业药师用人单位出具证明，可于下一年度内补学完成上一年度规定的学时。”

申请补修_____年（上一年度）学时。