**执业药师补学证明**

广东省药师协会:

兹证明我单位执业药师:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(姓名)，\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(身份证号)，\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(手机号码)，\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(执业药师资格证号)因\_\_\_\_\_\_(伤/病/孕)未能参加2024年度执业药师继续教育，特此证明，现申请补修学习，请予以办理。

单位名称:(盖公章)

负责人:(手写签名)

日期: 年 月 日

**填表说明:**

1.证明需如实填写，注明具体原因；

2.填写完整后加盖单位公章，扫描为PDF文件，命名为“姓名+执业药师延期学习证明”；

3.PDF文件请发送至邮箱:1679923254@qq.com或微信扫码联系微信客服；

4.受理时限为7个工作日，请注意查看。