

麻酔科認定資格 辞退届

公益社団法人日本麻酔科学会
認定審査委員会 御中

私は、下記麻酔科認定資格を辞退します。

| | |
|--|---------------------|
| | 全ての資格 |
| | 学会認定 麻酔科指導医 |
| | 学会認定 麻酔科専門医 |
| | 学会認定 麻酔科認定医 |
| | 日本専門医機構認定 麻酔科専門医 |

理由：

(西暦) 年 月 日

会員番号： _____

認定番号： _____

氏名（署名・捺印）： _____ 印

勤務先住所： 〒

勤務先所属：

電話：

FAX：

E-mail：

自宅住所：

電話：

FAX：

E-mail：