

# 麻酔科認定病院辞退届

(西暦) 年 月 日

公益社団法人日本麻酔科学会  
認定審査委員会 御中

認定番号： \_\_\_\_\_

住 所： 〒

病 院 名： \_\_\_\_\_ (公印)

院 長 名：

電 話：

F A X：

当病院は下記の理由により、麻酔科認定病院の資格を辞退致します。

## 記

辞退理由（下記いずれかの番号に○を付した上で記入）

1. 麻酔科の長としての麻酔科専門医・指導医が不在

最終代表専門医

役職：(部・科・医) 長

氏名：

在職：(西暦) 年 月 日まで

2. その他（具体的に記入）

以上