

## 形成外科領域専門医 活動休止終了申請書

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊟

生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

専門医番号 \_\_\_\_\_

所属施設（病院・医院）名

\_\_\_\_\_

勤務先住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

連絡先（電 話： \_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_ ）

（FAX： \_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_ ）

施設長氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

下記 1) ～ 2) のいずれかに丸を付けて下さい。

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日までの

- 1) 専門医活動休止期間を終了し、専門医復帰の審査を受けたく、ここに申請いたします。
- 2) 専門医活動休止期間を終了し、専門医資格を辞退いたします。

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日提出