***（様 式 ５）***

日本形成外科学会 専門医資格更新審査留保依頼書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

西暦　　　　　年度 日本形成外科学会 専門医資格更新にあたり、下記の理由により更新を留保

　致しますので、証明書類を添付致します。

西暦　　　　　年　　　月　　日

一般社団法人 日本形成外科学会　専門医生涯教育委員会

　　委　員　長　　　　　　　　　　　　　　　　殿