

施設名	教育関連施設番号										
			—					—	8		

## 変 更 届

20   年   月   日

一般社団法人 日本形成外科学会  
認定施設認定委員会 御中

施設名(名称)

---

形成外科 責任者名

⑩

専門医番号

-

---

以下の通り変更があったので、報告致します。  
変更があるものの数字に丸をつけて下さい。

(20   年1月1日～12月31日までの間)

変更日 20   年   月   日

### 1. 指導体制の変更

(申請責任者に変更がある場合はその者の履歴書を提出してください)

### 2. 認定施設 or 教育関連施設への変更

(申請責任者に変更がある場合はその者の履歴書を提出してください)

認定施設へ

教育関連施設へ

### 3. 親施設の変更

(親施設に変更がある場合は教育関連施設の新規申請書を追加提出してください)

現在の親施設

→ 希望する親施設

(   ) (   )

### 4. その他報告が必要とされる診療施設の内容の変更 (例 専門医、施設名など)