

(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

氏 名 _____ 印

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 _____ 印

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