

認定資格辞退届

年 月 日

日本心身医学会  
専門医制度委員長 殿

日本心身医学会から認定された下記の資格を辞退したく、ここにお届けします。

氏 名： \_\_\_\_\_ (印)

所 属 名： \_\_\_\_\_

連絡先 TEL： \_\_\_\_\_ ( )

E-mail： \_\_\_\_\_

-----  
《辞退する資格》

専門医 認定番号：( )

認定医 認定番号：( )

研修指導医 認定番号：( )

研修診療施設 施設名： \_\_\_\_\_

研修学会・研究会 学会・研究会名： \_\_\_\_\_

-----  
《辞退する理由》

事務局記入欄 (記入しないでください)

認定番号	申請書受付	備 考
	年 月 日	