

指導医番号： \_\_\_\_\_

専門医番号： \_\_\_\_\_

## 日本救急医学会指導医 活動休止終了申請書

フリガナ	
申請者氏名 (署名)	
勤務先	施設名
	科・部名
	〒 TEL : _____ FAX : _____
自宅住所	〒 TEL : _____ FAX : _____
E-mail	

※上記、記載内容は会員データとして登録いたします。(現在すでに登録いただいている内容と相違がある場合には、今回記載いただいた内容に変更いたします)

下記 1) ~2) のいずれかに丸を付けて下さい。

西暦 \_\_\_\_\_ 年 3 月 31 日までの

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

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