

麻醉科指導医辞退届

公益社団法人日本麻醉科学会
認定審査委員会 御中

私は、麻醉科指導医資格を辞退します。

理由：

年 月 日

会 員 番 号：_____

指導医番号：第_____号

氏名（署名・捺印）：_____印

勤務先住所：〒

勤務先・所属：

電話：() - -

FAX：() - -

E-mail：

自宅住所：

電話：() - -

FAX：() - -

E-mail：