**指導施設／関連施設　変更届・辞退届**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提出日：西暦　　　　　　　年　　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名（代表指導医氏名） |  |
| 施設名 |  |

下記届出の通り、処理を希望します。

届出内容（□変更届か□辞退届のいずれかに✔し必要事項をご記入ください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ | 施設区分(○をつけてください) | 指導施設 | 関連施設 |
| □ | ふりがな |  |
| □ | 施設名 |  |
| □ | 施設所在地 | 〒 |
| □ | 代表指導医氏名 |  |
| 以下、関連施設のみ使用 |
| □ | 紐づく指導施設名 |  |
| □ | 関連施設で診療する指導医・専門医氏名 |  |

□ 変更届　　　　　変更項目に✓し、変更内容をご記入ください

※ 個人の連絡先変更は会員マイページにて変更をおこなってください。

□ 辞退届

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設名 |  | 施設区分（○をつけてください） |
| 指導施設 | 関連施設 |
| 理 由 | * 常勤の指導医がいなくなった（指導施設）
* 非常勤の指導医または常勤の専門医がいなくなった（関連施設）
* その他

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 資格喪失日 | 　西暦　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |