**辞退届**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提出日：西暦　　　　年　　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名（代表指導医氏名） |  |
| 申請者の所属先名 |  |

**下記届出の通り、処理を希望します。**

指導施設を辞退された場合、当該施設に紐づく関連施設も自動的に認定取消となりますので、ご留意ください。
なお、指導施設の辞退届をご提出いただいた場合にのみ、関連施設の辞退届の提出は不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 辞退する施設名 |  |
|
| 施設区分（○をつけてください） | 指導施設 | 関連施設 |
| 関連施設は紐づく指導施設名 |  |
| 辞退の理由 |  |
| 辞退日 |  |

申請は必ず、指導施設の代表指導医が行ってください。

辞退届は、専門医制度委員会の審査を経て、正式に認定されます。

辞退日の日付にかかわらず、資格喪失日は一律で12月1日付となります。

※ 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。