

公益社団法人日本麻酔科学会

麻酔科認定病院辞退届

(西暦)

年 月 日

公益社団法人日本麻酔科学会

認定審査委員会 御中

認定番号 :

住 所 : 〒

病院名 :

院長名 :

(公印)

TEL :

FAX :

当病院は、下記の理由により、麻酔科認定病院の資格を辞退致します。

記

辞退理由 (下記いずれかの番号に○を付した上で記入)

1. 麻酔科の長としての学会認定専門医が不在

最終学会認定専門医役職 : (部・科・医) 長 氏名 : _____

在職 : (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日まで

2. その他 (具体的に)

受付* : 年 月 日

取消* : 年 月 日

*記入しないこと