

# IVR 専門医辞退届

日本 IVR 学会専門医認定制度委員会 御中

私は、以下のとおり IVR 専門医資格を辞退します。

1. IVR 専門医資格を返上します。

(理由 : \_\_\_\_\_ )

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名 : _____ 印	会員番号 ( _____ )	専門医番号 ( _____ )
	生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳)	
勤務先・所属科		
□□□-□□□□□ 勤務先住所		
TEL : _____ FAX : _____		
□□□-□□□□□ 自宅住所		
TEL : _____ FAX : _____		