**事務局使用：受付日（　　　　　）受付番号（　　　　　　　　　　　　　　　 ）**

**特定非営利活動法人 日本緩和医療学会**

**認定研修施設申請書**

　　年　　月　　日

日本緩和医療学会理事長　殿

診療施設名

施設長氏名　　　　　　　　　　　　　　　　公印

当施設は特定非営利活動法人 日本緩和医療学会専門医制度における認定研修施設であることを希望し、ここに所定の書類を添えて申請します。

書類提出責任者　　□専門医　□研修指導者資格を有する認定医（認定手続中含む）

[□の中に✓を入れて下さい]

氏名

（ふりがな）

性別・生年月日

正式な所属施設名

（ふりがな）

科名

所属施設の所在地　　　　　〒

所属施設の電話番号・FAX

メールアドレス

申請区分　　　□新規　　　□更新　　□変更　　（必ず選択してください）