研修修了判定差し戻し願

申請日　　　　　　年　　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 | 印 |
| 会員番号 |  |
| 所属プログラム名 |  |
| 研修修了判定を  取り下げる理由 | □ 経験症例の追加　　□ 経験症例の修正  □ 研修期間の追加　（施設名・期間を下記空白部に記載）  □ その他（詳細を下記空白部に記載） |
| 専門医試験について | ・専門医試験の再受験を予定している方は、前年度の3月15日までに本申請を提出してください。  ・受験申請済みの方は、修了判定の差し戻しを行うことはできません。  ※受験申請期間内において、受験申請完了後、どうしても修正が必要な場合は、必ず電話・問い合わせフォームにて事務局までご相談ください。  **□　了承した** |
| 備考 |  |
| 【プログラム統括責任者承認欄】　 承認日：　　　　年　　　月　　　日  上記申請内容について承認する。    プログラム統括責任者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　印 | |

（学会使用欄）

上記申請を受理いたしました。　　　　　　　　　 学会承認日：　　　　年　　月　　日

公益社団法人 日本精神神経学会

　専門医研修委員会　　印