# 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<br>取り下げる理由 | ☐ 経験症例の追加　　☐ 経験症例の修正<br>☐ 研修期間の追加　（施設名・期間を下記空白部に記載）<br>☐ 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。<br>・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。<br>※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。<br>☐ **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