

精神科専門医制度研修施設の認定辞退に関する届出

書類提出日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

日本精神神経学会
専門医制度委員会委員長殿

当施設は日本精神神経学会・専門医制度における「精神科専門医制度研修施設」としての認定を _____ 年 ____ 月末日をもって辞退いたします。

施設名 _____

施設コード _____

施設長 _____ 印

連絡先Tel _____

記載者（研修指導責任者）

_____（会員番号 5 桁）

_____（氏名）

_____ 印

辞退理由を下記よりお選びください。

- 理由：1. 学会規定に沿わなくなった（専門医制指導医数等）
2. 施設もしくは施設内の精神科の閉鎖
3. 研修医の受入予定がない
4. 更新料が払えない
5. その他（下記、ご記入ください）
