

申請日： 年 月 日

精神科専門研修プログラム専攻取り下げ申請書

日本精神神経学会
専門医研修委員会 御中

申請者（専攻医）会員番号：

申請者（専攻医）氏名： 印

このたび私は、下記の事由により、精神科専門研修プログラムの専攻を取り下げたくお願い申し上げます。

記

1. 現在所属しているプログラム名
2. プログラムの専攻を取り下げる理由
3. プログラムでの研修終了日
4. 備考

以上

=====
<プログラム統括責任者承認欄>

上記申請内容について承認いたします。

承認日： 年 月 日

プログラム名：

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

※「精神科専門研修プログラム専攻取り下げ申請書」の受理をもって、精神科専攻医としての登録は抹消されます。

※日本精神神経学会の退会を希望される場合は、別途退会手続きが必要となりますので、ご連絡をお願い致します。