

(様式4-5)

日本手外科学会認定手外科専門医制度による 関連研修施設承諾書

年 月 日

一般社団法人 日本手外科学会 理事長殿

当施設は、日本手外科学会認定専門医制度細則第7章に規定する関連研修施設となることを承諾します。

基幹施設			
関連施設名称	ふりがな		
施設長氏名	(印)	職名	
所在地 (〒 -)			
電話 () -			
ファックス() -			
E-mail			
臨床指導に当たる日本手外科学会認定手外科専門医			
氏名	(印)	役職	認定番号 専門医
備考			

記入注意 1) 記入は黒インクまたはボールペン
2) 楷書