

(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				職名	
所在地 (〒 - )					
電話 ( ) -					
臨床指導に当たる日本手外科学会専門研修指導医または認定手外科専門医					
氏名		役職		認定番号	指導医: 専門医:
E-mail					
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