

20 年 月 日

日本消化器がん検診学会 理事長 殿

住所 〒 -

会員番号 ()

氏名 _____ (印)

認定医証番号 第 _____ 号

認 定 更 新 保 留 申 請 書

認定更新にあたり、下記理由により更新の保留申請いたします。

記

保留期間 (該当に✓してください)

☐ 2020 年 3 月 31 日迄

☐ 2021 年 3 月 31 日迄

*2 年間迄保留できます。

理由 (該当に✓またはご記入ください)

☐ 取得単位不足

☐ その他 (具体的に記載してください)