

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)

2021年3月31日迄

2022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)