**（様式12）**

一般社団法人日本組織移植学会 認定医更新留保申請書

西暦　　　　　年　　　月　　　日

一般社団法人日本組織移植学会

認定委員会　御中

一般社団法人日本組織移植学会認定医資格の更新を留保いたします。

　日本組織移植学会会員番号：

　日本組織移植学会認定医登録番号：　第　　　　　　　　　　　号

　フリカナ

氏名　　　　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　印

生年月日　　　：西暦　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

現住所　　　　：〒

医籍登録番号　　：　　　　　　　　　　　　　　　号

医籍登録年月日　：西暦　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

施設名　　　　　：

所属科・部門　　：

施設所在地　　　：〒

施設電話番号　　：（　　　　　　）－（　　　　　　）－（　　　　　　　）

施設FAX番号　　：（　　　　　　）－（　　　　　　）－（　　　　　　　）

Ｅ－ｍａｉｌ　　：（　　　　　　　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　）

資格留保理由

* 留保が認められた場合、学会が定めた期間内に更新申請を提出してください。期間後の更新申請は無効となります。