

日本救急医学会関東地方会 行
FAX:03-3380-8627
E-mail:qq_kanto@herusu-shuppan.co.jp

日本救急医学会関東地方会 年会費免除申請書

(救急科専門研修専攻医・プログラム登録初年度)

届出日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

※申請者氏名に基幹施設の専門研修プログラム統括責任者の署名捺印を添えてご提出ください。

【会則第7条2項の規定により、平成_____年度年会費の免除を申請します。】

ふりがな	
氏名	
施設名	
基幹施設の専門研修 プログラム統括責任者	印

日本救急医学会関東地方会事務局
FAX:03-3380-8627
E-mail:qq_kanto@herusu-shuppan.co.jp