年　　月　　日

**日本ペインクリニック学会指定研修施設　変更・解除届**

一般社団法人 日本ペインクリニック学会御中

　　　　　　　　　　　施設認定番号：

　　　　　　　　　　医療機関名：

　　　　　　　　　　住 　所：

この度、下記の通り申請いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更 | 変更事項 |  |
| 変更理由 |  |
| ※代表専門医変更の場合は氏名と併せて会員番号(10桁)もご記入ください。 | |
| 変 更 前 |  |
| 変 更 後 |  |
| 解除 | 解除理由 |  |
| ■施設認定証を解除届と同封してご返却ください。  ※紛失してしまい返却できない場合は、見つかり次第御返納ください。  下記のいずれかに☑してください  **施設認定証を返納いたします　　　施設認定証を紛失しました**  ■紛失の場合以下に同意の上、署名捺印をお願いいたします。  解除につき認定証を返納すべきところ、紛失いたしました。  見つかり次第返納することを誓約します。  担当者自署　　　　　　　　　　　印 | |
| 変更･解除日 | 年　　　月　 　日 | |
| 通信欄 |  | |

※変更・解除いずれかに☑してください

担当者名：

連絡先：