

(様式4-5)

日本手外科学会認定手外科専門医制度による 関連研修施設承諾書

年 月 日

一般社団法人 日本手外科学会 理事長殿

当施設は、日本手外科学会認定専門医制度細則第7章に規定する関連研修施設となることを承諾します。

基幹施設				
関連施設名称	ふりがな			
施設長氏名			印	職名
所在地 (〒 -)				
電話 () -				
臨床指導に当たる日本手外科学会認定手外科専門医				
氏名	印		役職	認定番号 専門医
E-mail				
備考				

※大学の場合、施設長は診療科の主任教授で可とする