

# 専門医資格期間保留願

平成 年 月 日

フリガナ		生 年 月 日	
氏 名		年 月 日	
高血圧学会 会員番号		高血圧 専門医番号	
専門医認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
勤務先名			
所属（担当） 診療科名・職責			
同上所在地			
電話番号		F A X	
e-mail	@		
連絡先（勤務先と 異なる場合）			
保留申請理由			
保留申請期間	年 月 日 ~ 年 月 日（1年間）		
申請者氏名（自署）	印		