

指導医資格期間保留願

平成 年 月

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		高血圧 指導医番号	
指導医認定期間	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）					
保留申請期間	年 月 日 ~ 年 月 日（1年間）				
保留申請理由					
申請者氏名 （自署）					印