

# がん治療認定医更新猶予申請書

年 月 日

一般社団法人  
日本がん治療認定医機構 資格審査委員会 委員長殿

私は認定医制度規則第9条に規定する認定医としての更新の猶予を申請します。

申請者	(生年月日 : 年 月 日) <sup>①</sup>	勤務先 : (TEL : )
資格 (該当資格に印)	<input type="checkbox"/> がん治療認定医 (認定番号 : ) <input type="checkbox"/> がん治療認定医 (歯科口腔外科) (有効期限 : )	
猶予理由 (該当内容に印)	<input type="checkbox"/> 1. 海外留学	留学期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 年 月 ~ 年 月 ) 留学先 : ※証明書添付要
	<input type="checkbox"/> 2. 出産・育児	産休・育休期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 年 月 ~ 年 月 ) ※証明書添付要
	<input type="checkbox"/> 3. 長期療養	療養休業期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 年 月 ~ 年 月 ) ※証明書添付要
	<input type="checkbox"/> 4. その他	具体的理由 [ ] 休業期間有無 <input type="checkbox"/> 有 休業期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 年 月 ~ 年 月 ) ※証明書添付要 <input type="checkbox"/> 無
猶予申請期間	<input type="checkbox"/> 1年間 <input type="checkbox"/> 2年間 <input type="checkbox"/> 3年間	※留学・産休育休・休業期間内とする。

連絡先 (※猶予期間中連絡がとれる先をご記入ください。)

連絡先名	
住所	〒 -
TEL	
E-MAIL	

【送付先】

〒160-0016

東京都新宿区信濃町35番地 財団法人 国際医学情報センター内  
日本がん治療認定医機構 事務局

TEL: 03-5361-7105 FAX: 03-5361-7091 E-mail: c-info@imic.or.jp