

日本がん治療認定医機構 認定研修施設 認定資格返上届

提出日 年 月 日

施設名	
認定番号	

日本がん治療認定医機構 資格審査委員会 委員長 殿

下記の事由により、認定研修施設の認定資格を返上いたします。

該当する理由にチェックを付け、ご記入ください。

本状と認定研修施設 認定証(折曲可)を下記の送付先宛てにお送りください。

<input type="checkbox"/> 1	<p>指導責任者不在</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>指導責任者として認められる資格は下記の通り(但し、常勤であること)</p> <p>(1) 「がん治療認定医」で更新済の者</p> <p>(2) ※ 「がん治療認定医(歯科口腔外科)」で更新済の者</p> <p>※ (2)は「がん治療認定医(歯科口腔外科)」のみの指導責任者とします。</p> </div> <p>最終有資格者(複数名の場合、代表者1名)</p> <p>氏名 []</p> <p>認定番号 []</p> <p>認定資格喪失日※1 [年 月 日]</p>
<input type="checkbox"/> 2	<p>閉鎖あるいは休院</p> <p>閉院/休院日※2 [年 月 日]</p>
<input type="checkbox"/> 3	<p>その他 (以下に自由記載ください)</p> <p>認定資格返上日※2 [年 月 日]</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>

※1 退職(異動)により不在となった場合は、**退職日(異動日)**をご記入ください。

※2 この日付をもちまして、認定資格喪失日とさせていただきます。

病院長 氏名 _____ 印

(公印をご捺印ください)

<郵送先>

〒160-0016 東京都新宿区信濃町 35 信濃町煉瓦館 5 階 (一財) 国際医学情報センター内
日本がん治療認定医機構 資格審査委員会

Tel : 03-5361-7105 Fax: 03-5361-7091 E-mail: c-info@imic.or.jp

(事務局使用欄)

返上日	システム	担当者