

【様式 1-5】

申請日 . . .  
(事務局記入)

一般社団法人  
日本周産期・新生児医学会  
理事長 殿

研修休止・中止届

周産期専門医の研修を  休止 ・  中止 することを申請いたします。

申請者名 \_\_\_\_\_ 署名

記入年月日：西暦 年 月 日

会員番号	
研修番号	
研修の種別	新生児 ・ 母体・胎児
休止・中止の理由	
研修終了日	西暦 年 月 日
研修開始(予定)日	西暦 年 月 日
施設区分	基幹施設 ・ 指定施設 ・ 補完施設
施設名(施設番号)	( )
部門名	
指導医名	
休止中の連絡先 (中止の場合は不要)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 E-mail : TEL: FAX:

注：1. 研修を再開する予定がある場合は休止を，研修をしない場合は中止を選択してください。  
2. 研修を再開する時は，新たに再開届が必要になります。