（西暦）20　　　　年　　　　月　　　日

日本小児科学会専門医係　宛

（FAX　03-3816-6036）

**第14回小児科専門医試験【旧制度】の問い合わせ**

質問項目に☑チェックしてください。（複数選択可）

　□　研修修了（見込）証明書

　□　症例要約指導証明書・チェックリスト

　□　症例要約

　□　論文

　□　その他

|  |
| --- |
| 具体的に記載してください。 |
| 氏名 |  |
| 所属病院 |  |
| 回答先FAX番号 |  |

　※FAX回答のみとなります。FAX番号の記載のないものはご回答できません。

　事務局回答欄（　　　月　　日FAX送信）　※回答にはお時間がかかりますのでご了承ください。

* 指導責任医に確認してください（指導責任医　　　　　　　　先生）
* 学会HPとQ&Aをご覧ください
* その他回答