（西暦）　　　　年　　　月　　　日

研修施設　所在地・施設名等変更届

日本小児科学会　小児科専門医制度

　　　　地区資格認定委員会委員長　殿

登録番号

申請施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指導責任医　　　　　　　　　　㊞

　下記の変更がありましたので届け出いたします。なお、施設状況（病床数、小児科専門医数等）の変更はありません。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設名 | 旧 |  |
| 変更　□有  　□無 | 新 |  |
| 所在地 | 旧 | 〒  TEL： FAX： |
| 変更　□有  　□無 | 新 | 〒  TEL： FAX： |
| 変更期日 |  | （西暦）　　　　年　　　月　　　日 |
| 変更理由 |  |  |