

柔道整復師卒後臨床研修施設辞退届

公益財団法人柔道整復研修試験財団

代表理事 福島 統 殿

申請年月日 平成 年 月 日

認定番号 【 - 】

施設名 _____

住 所 _____

開設者等名 _____ (印)

私は、柔道整復師卒後臨床研修の臨床研修施設認定を平成____年____月____日付で辞退いたします。

理由：()

以下は財団処理欄

事務局長	総務部長	試験部長	担当者	担当者

【確認状況】

1. 確認日 平成 年 月 日
2. 確認状況 認定番号： _____
施設名： _____
開設者名： _____
認定証返却： 済 ・ 未着
3. 確認結果 上記2のとおり確認

柔道整復師卒後臨床研修施設辞退届

公益財団法人柔道整復研修試験財団

代表理事 福島 統 殿

申請年月日 平成 年 月 日

受理番号 【 】

医療機関名 _____

住 所 _____

開設者等名 _____ (印)

私は、柔道整復師卒後臨床研修の臨床研修施設届出を辞退いたします。

理由：()

以下は財団処理欄

事務局長	総務部長	試験部長	担当者	担当者

【確認状況】

1. 確認日 平成 年 月 日
2. 確認状況 受理番号： _____
施設名： _____
開設者名： _____
3. 確認結果 上記2のとおり確認