

太枠内をご対応後、事務局にFAX(092-753-7262)又はメール添付(vaivt@fukuoka-vaccess.jp)にてご提供ください。内容確認後事務局よりご連絡いたします。

申請日： 20 年 月 日

一般社団法人
透析バスキュラーアクセスインターベンション治療医学会
理事長 天野 泉 殿

ご施設名:	
ご担当者様:	
ご連絡先(Email):	

教育研修停止・辞退の届出

このたび、貴会会員の教育研修受け入れについて下記の通りさせていただきたく、ここにお願い申し上げます。

記

届出内容 いずれかを○で囲んでください。	教育研修受け入れの… (停止 / 辞退)		
(停止期間) 停止の際は記載してください。	開始日	20 年 月 日	
	終了日	20 年 月 日	
上記届出の理由 (簡単な記載で構いません。)			
教育研修の 申し込み・受け入れ状況 (該当する方に☑)	・教育研修のお申し込み…………… <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	・日程調整中の教育研修…………… <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
・実施日確定済み教育研修…………… <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
「有」の場合、ご施設様の方でお申込者様に教育研修の今後の対応について速やかにご連絡いただけますか。			
<input type="checkbox"/> 承諾(お申込者様への連絡は施設側で行います。)			

以上