

基幹施設認定申請書

西暦 _____ 年 ____ 月 ____ 日

日本小動物外科専門医協会 日本小動物外科専門医資格審査委員会 御中

当施設は日本小動物外科レジデントプログラム施設認定基準に規定する要件を満たす研修施設として認定を申請します。

基幹施設名 _____

基幹施設施設長氏名 _____ 公印

基幹施設住所 〒 _____

基幹施設 TEL _____

基幹施設 FAX _____

基幹施設 E-mail _____

基幹施設研修責任者氏名 _____ 印

どちらかにチェック ☒ をしてください。

☐ 日本小動物外科専門医である

☐ その他 (_____)

基幹施設研修責任者 TEL _____

基幹施設研修責任者 FAX _____

基幹施設研修責任者 E-mail _____