

日本神経学会専門医制度における  
認定施設変更届

日本神経学会施設認定委員会委員長 殿

施設番号：  
施設名：  
施設長名：  
指導管理責任者：  
所在地：  
電話：

公印

当施設の内容に変更が生じたので、下記のとおり提出します。

記

1 変更箇所 \*変更箇所にチェックを入れてください。

施設名称の変更

( )

施設所在地の変更

(〒 )

(電話： FAX： )

指導管理責任者の変更

( )

登録指導医・専門医の変更

[ ]

2 変更年月日

年 月 日より