令和 年 月 日

**研修施設認定辞退届**

日本眼科学会

専門医制度委員会　御中

認定番号 No

届出者　施設名

住所

施設長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記の理由により研修施設の認定を辞退させて頂きたく、ここに届出致します。

記

認定辞退理由：