日本病理学会登録施設確認申請書

一般社団法人日本病理学会　理事長　殿

日本病理学会病理専門医制度規程にもとづき、当施設の研修協力施設である下記病院を、登録施設として確認して頂きたく、所定の資料をそえて申請します

|  |
| --- |
| 申請日：西暦　　　　　年　　　　月　　　日登録希望施設名：病院長名：　　　　　　　　　　　　所在地：〒電話番号： |

枠内にもれなく記載してください

【申請者】日本病理学会研修認定施設

|  |
| --- |
| 認定施設番号：認定施設名：所在地：〒電話番号：認定施設研修指導責任者：　　　　　　　　　　　　印認定施設病理指導責任者メールアドレス： |

枠内にもれなく記載して押印してください