

特定行為区分受講取下げ願

年 月 日

自治医科大学学長 殿

【申込者】

研修生番号（※）

ふりがな
氏名（自署）

【所属長】

所属施設名

職名

氏名

（自署または記名押印）

私は、下記の特定行為区分の受講を取下げたいので、許可くださるようお願いいたします。

記

コース No	特定行為区分名