FAX

送付先: 日本臨床細胞学会事務局　　発信元:

FAX 番号: ０３－５５７７－４６８３　　送付枚数:

日付:　　年　　月　　日

件　　名: **細胞診専門医資格更新辞退の連絡**

細胞診専門医資格更新を辞退します

※更新をご辞退された場合、細胞診専門医資格を失効いたしますのでご注意ください

氏　　名	
細胞診専門医番号 （数字 4 桁）	
会 員 番 号 （数字 8 桁）	
連　絡　先 （自宅・勤務先） ※勤務先の場合は勤務先名も記載願います	〒　　－

【提出期限：2026 年 12 月 10 日（木）必着　※期限厳守】