

# 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

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	〒 ー

**【提出期限：2023年12月10日（日）必着 ※期限厳守】**