

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：2024年12月10日（火）必着 ※期限厳守】