

# 超音波専門医資格更新辞退通知

公益社団法人日本超音波医学会  
超音波専門医制度委員会 宛  
F a x . 0 3 - 5 2 9 7 - 3 7 4 4

日 付 : \_\_\_\_\_

御氏名 : \_\_\_\_\_

専門医番号 : \_\_\_\_\_

指導医番号 : \_\_\_\_\_

※指導医の場合、指導医番号を併せて記載して下さい。

公益社団法人日本超音波医学会が認定している「超音波専門医」資格について、  
資格更新を辞退しますのでご連絡申し上げます。

**注意** : 上記の資格更新辞退に伴い、貴殿が超音波指導医を認定されている場合、  
専門医・指導医ともに資格を喪失することとなります。

-----連絡事項-----

連絡事項がございましたらご記載ください。