

## 超音波指導医の再認定辞退通知

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 : \_\_\_\_\_

公益社団法人日本超音波医学会が認定している「超音波指導医」資格について、  
資格の再認定を辞退しますのでご連絡申し上げます。

-----連絡事項-----  
連絡事項がございましたらご記載ください。