

一般社団法人 日本リンパ浮腫学会
リンパ浮腫保険診療医・リンパ浮腫保険診療士
資 格 認 定 申 請 書〔更新〕

年 月 日

一般社団法人日本リンパ浮腫学会
教育委員会 殿

(申請書の日付はすべて西暦)

所 属	
所 属 診 療 科 または所属講座	
職 種	
リンパ浮腫研修 修了機関名	
申請者氏名(自筆)	印
会 員 番 号	
所属長(部門長)氏名 (自署)	印

日本リンパ浮腫学会資格認定制度に関する規程に基づき、下記の関係書類及び審査料を添えて申請いたします。

1. 症例実績報告書 (様式 2)
2. 単位取得報告書 (様式 3)
3. 年会費・審査料 払込証明 (写し：様式 4 に貼付)

連絡先	E-mail アドレス	
	勤務先	〒 ー 所在地
		名 称 (TEL)
	自 宅 (TEL)	〒 ー 所在地