**日本脳卒中の外科学会　技術認定医　　 　　　　　　　　　　　様式3-5**

**技術認定医 更新手続き延長申請書**

**申請日　　　　年　　月　　日**

**技術認定医　認定番号：**

**更新手続きの延長を希望する期間： 　　　年間（年単位で記入。最長4年間まで。）**

**更新手続きの延長を希望する理由：**

[ ]  **海外留学または海外勤務**[ ]  **妊娠・出産・育児**[ ]  **介護**

[ ]  **病気療養**[ ]  **災害被災**

[ ]  **その他（不足要件など、具体的に記載）：**

**ふりがな：**

**氏名（自署）：**

**性別：　　　　年齢：　　　　　生年月日：西暦　　　　年　　　月　　　日**

**現住所：　郵便番号**

**所属施設名：**

**所属科名：**

**所属住所：郵便番号　　　　　　　　　　　都道府県名**

**所属電話番号：　　　　　　　　　　　所属FAX番号：**

**E-mail：**

**郵便物等は会員ページご登録の送付先へ郵送いたします。別の送付先を希望される場合は住所をご記入ください。**