

年 月 日

一般社団法人日本糖尿病学会
専門医認定委員会 御中

認 定 教 育 施 設 変 更 届

新旧事項	現在	変更後
名称		
診療科名		
所在地		
電話番号		
F A X 番号		
診療科目数		
病床数		
変更年月日		
移転理由		
特記事項	①経営母体の変更	有 ・ 無
	「有」の場合 経営母体名	
	②研修体制および 研修カリキュラムの変更	有 ・ 無
	③その他	
	※上記①・②いずれかに変更がある場合は再申請が必要です。	

認定教育施設名（診療科名） _____

研修指導医名（教育責任者） _____ 印