

(様式 14)

## 骨粗鬆症認定医再認定申請書

西暦 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

一般社団法人日本骨粗鬆症学会理事長殿

私は、日本骨粗鬆症学会認定医が以下の事由により取り消しとなつたため、再認定を申請いたします。

申請者

氏名                   : \_\_\_\_\_

住所                   : (〒\_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_

学会会員番号: \_\_\_\_\_

取り消しとなった認定番号: \_\_\_\_\_

認定が取り消しとなった事由

--

(個人情報は、本認定更新等会員管理目的のみに限って利用するものとします。)