

(様式 3-2)

骨粗鬆症診療従事誓約書

(申請者自身の誓約書)

一般社団法人日本骨粗鬆症学会理事長殿

私は、当施設において骨粗鬆症診療に従事していることを
誓約いたします。

以上

西暦 _____年____月____日

施設住所：〒_____

施設名： _____

役職： _____

申請者名： _____ 印

(個人情報は、本認定審査および各種お問い合わせの対応等の準備業務を円滑に進める目的、認定後の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。)