

**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**

年　月　日

一般社団法人日本リンパ浮腫学会

(申請書の日付はすべて西暦)

教育委員会 殿

所 属	
講 座 ま た は 所 属 診 療 科	
職 种	
申請者氏名(自筆)	印
会 員 番 号	

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。

記

- 1. 履歴書：国家資格取得後 (様式2)
- 2. 国家資格証明書 (写し)
- 3. リンパ浮腫研修 修了証書 (写し)
- 4. 症例実績報告書 (様式3) 以上

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

※審査料(1万円)の郵便振替払込み受領証(写し可)をこの枠内に貼り付けてください。
受領証をもって、本学会の領収証にかえさせていただきます。