

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
教育委員会 殿

(申請書の日付はすべて西暦)

所 属	
講 座 または 所 属 診 療 科	
職 種	
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。