一般社団法人日本未病システム学会未病医学認定医制度 様式第１号

認　定　申　請　書

日本未病システム学会
理事長　吉田　博　殿

日本未病システム学会未病医学認定医の認定を受けたく、審査料を添えて申請いたします。

西暦　　年　　月　　日

会員番号（8 桁）			
カ　ナ			
氏　名			㊞
医籍登録番号	第　　号	医籍登録年月日	（西暦）　　年　　月　　日
所 属 名			
所属住所	〒　　－ 都 道　　郡 市 府 県　　区		
所属電話	—　　—		（内線　　）
所属 FAX	—　　—		
ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	@		

【推薦書】

私は、上記の者を日本未病システム学会未病医学認定医の認定適任者として推薦致します。

（西暦）　　年　　月　　日

未病医学認定医番号：　　氏名　　㊞

【事務局使用欄】

受付№	書類受付日	審査料納入日	合否	備　　考