

## 理由書

年 月 日

一般社団法人 日本消化器内視鏡学会 殿

(提出困難理由)

施設認定番号： \_\_\_\_\_

施設名：

\_\_\_\_\_

施設住所： 〒 \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

施設長名：

\_\_\_\_\_

印

※ 指導責任者ではなく、施設長または病院長の先生より押印をお願いします。