

単位付替え申請書

申請日： 年 月 日

下記の通り、単位の付替え申請いたします。

申請修了証	ご所属	
	お名前	
受講日時	日付	年 月 日
受講研修会会場		
添付書類	※ 慢性疼痛診療体制構築モデル事業 研修会における 受講修了証	

※単位付替え手数料 医師 7000円 医師以外
4000円

下記へお振込みください。

ゆうちょ銀行 648支店

普通:14370151

口座名:特定非営利活動法人

いたみ医学研究情報センター

受付印	確認印