

(様式)

日本フットケア・足病医学会 資格移行申請書

西暦 年 月 日

日本フットケア・足病医学会
認定委員会 御中

日本フットケア・足病医学会認定師制度規則および同施行細則にもとづき、旧下肢救済・足病学会認定師から新フットケア指導士への移行申請をいたします。

氏名： (印)

職種：

日本フットケア・足病医学会： 旧姓：
会員番号

生年月日： 西暦 年 月 日

現住所：〒

旧学会認定師番号：

認定資格取得日： 西暦 年 月 日

施設名：

所属・部門：

施設所在地：〒

施設電話番号：() - () - ()
施設 FAX 番号：() - () - ()