

がん治療認定医 更新辞退届 (2025年度更新対象者用)

2026年3月31日にがん治療認定医の資格有効期間が満了になりますが、更新申請を行わないことにいたしましたので届け出ます。

提出日	20 年 月 日
氏名	
資格名	<input type="checkbox"/> がん治療認定医 <input type="checkbox"/> がん治療認定医 (歯科口腔外科)
認定番号	
勤務先施設名	
科名	
メールアドレス	

注1) 本届 送付先 (郵送・FAX・メール添付):
〒160-0016 東京都新宿区信濃町 35 番地 信濃町煉瓦館 5F
一般財団法人国際医学情報センター内
日本がん治療認定医機構 事務局
FAX: 03-5361-7091 E-mail: c-info@imic.or.jp ホームページ: <https://www.jbct.jp/>
※FAX・メール添付でご提出の際は、個人情報保護のため 誤送信のないよう
ご注意ください。

注2) 本届の提出が更新審査料入金後である場合、返金はいたしかねます。

アンケート (以下のご回答は任意です)

※ご回答は、がん治療認定医制度運営の今後の参考とするため、個人を特定しない統計的情報としてのみ
利用いたします。

更新辞退理由 (未記入可)	あてはまるものに <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。(複数選択可) <input type="checkbox"/> 現在がん診療に携わっていない、または今後携わらない <input type="checkbox"/> 更新申請資格を満たしていない <input type="checkbox"/> 資格更新の必要性を感じない <input type="checkbox"/> その他 (以下に記入) ()
------------------	---