（書式1-4）

**経　歴　証　明　書**

申請者氏名：

所属施設・部署名

　上記の者は、（一社）日本脳ドック学会選定学会の専門医として十分な経験および訓練を経ていることを証明します。

従って、脳ドック認定医としてふさわしいものと考えます。

　なお、別紙提出の書類は事実と相違ありません。

（＊ 申請者自身が施設長の場合には自薦可）

西暦　　　　　　　　年　　　月　　　日

脳ドック施設または所属施設・部署名

職 名

所属長　氏名　　　　　　　　　　　 　　　（自署）