**日本頭痛学会　認定施設　更新保留願い**

医療施設名（カナ）

（漢字）

施設長名

指導管理責任者名

住所

℡ 　　　 FAX 　　　　　 E-mail

現在の施設基準　　　□教育施設 □准教育施設 □教育関連施設　　　**（　　　　年　　　月　認定）**

以下の理由により更新保留を希望します。

保留希望期間：　　　　年　　　月　　　　日　まで