　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　承諾日　　　　　　年　　月　　日

**日本神経学会特別連携施設認定承諾書**

日本神経学会教育施設

施設名

責任者名　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　施設名称

　　　　　　　　　　　　　　　責任者名

　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　本施設は、日本神経学会専門医制度における貴施設の特別連携施設として認定されることについて承諾します。