**認定描画療法士資格更新保留願い**

日本描画テスト・描画療法学会

資格研修委員会　殿

認定描画療法士資格更新の保留を申請いたします。

　西暦　　　　年　　月　　日

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印

会員番号

所　属

住　所

電話番号

メールアドレス

更新保留理由

|  |
| --- |
|  |