

## 送付先：日本医師会生涯教育課行き

Mail : syogai@po.med.or.jp FAX: 03-3942-6517

## 「日医生涯教育認定証」再発行申込書

※認定期間内の「認定証」原本の再発行に限り、受付可能です。

※再発行理由の如何によらず、医師会以外に送付する場合は送料着払いとなります。

下記1～3にご記入の上、生涯教育課までメールまたはFAXにてお送りください。

### 1. 本紙送信者

\_\_\_\_\_ 医師会 ご担当者 \_\_\_\_\_ 様

### 2. 再発行申込者

ふりがな  
(1) 氏 名 \_\_\_\_\_

(2) 医籍登録番号 \_\_\_\_\_

(3) 認定証発行年度 \_\_\_\_\_ 年（発行）

### 3. 送付先 ※いずれかの送付先に✓をつけてください。

都道府県医師会 \_\_\_\_\_ 医師会 ご担当者 \_\_\_\_\_ 様

郡市区医師会 \_\_\_\_\_ 都道府県 \_\_\_\_\_ 医師会 ご担当者 \_\_\_\_\_ 様

〒 \_\_\_\_\_

TEL ( ) \_\_\_\_\_

申込者に直送（住所（勤務先の場合、勤務先名称）をご記入ください。）

※送料着払いとなります。

〒 \_\_\_\_\_

TEL ( ) \_\_\_\_\_