

F A X 送信用紙

日本医師会生涯教育課行き

F A X : 0 3 - 3 9 4 2 - 6 5 1 7

「20____年（発行）日医生涯教育認定証」

再発行申込書

下記にご記入の上、生涯教育課までF A Xにてお送りください。

※本紙送信者：送付先と異なる場合は、必ず記入して下さい

※対象者

ふりがな

氏名 _____ 医籍登録番号 _____

※送付先（住所等）；印（）をつけてください。

都道府県医師会 _____ 県医師会 担当者 _____ 様

郡市区医師会 _____ 県 _____ 医師会 担当者 _____ 様

〒 _____

TEL (_____) _____

先生へ直送をご希望の場合は送付先をご記入ください。（勤務先の場合、勤務先名称もご記入ください）

〒 _____

TEL (_____) _____

※再発行理由

再発行（紛失等：**医師会以外に送付する場合は、送料着払いとなります。**）

名字変更もしくは漢字の訂正：大きくはっきりとお書き下さい。

ただし、日本医師会会員情報システムの再構築を踏まえ、外字は使用できません。

訂正前

→

訂正後

※上記以外の訂正希望については、日本医師会生涯教育課までお問い合わせください。