

各 位

大阪府医師会 産業医部会
(TEL 06-6763-7012)

「認定産業医証 再発行願い（紛失時用）」について

紛失に伴う「認定産業医証再発行願い」は次ページの様式をご利用ください。

同「再発行願い」上段の所定事項をご記入いただき（下段の*日本医師会記入欄には何も記入しないでください）、下記あて、直接ご送付ください。

なお、**認定証再発行手数料（千円）**につきましては、**日本医師会が指定する銀行口座（下記）**にお振込みいただくか、**現金書留**にて「再発行願い」と併せてご郵送ください。

記

●送付先

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16

日本医師会 地域医療第2課

●TEL

03-3942-6138

●振込先銀行口座

三井住友銀行 神田支店 普通銀行 No. 1298513

社団法人 日本医師会会長 横倉義武

認定産業医証再発行願い

日本医師会地域医療第2課 御中

申込年月日	平成	年	月	日
(再発行依頼者名)				
(ご所属の医師会) _____ 医師会				
認定産業医名				
認定証番号: 第 _____ 号				
有効期間: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
再発行の理由				
再発行認定証送付先住所				
〒				

* 日本医師会 記入欄	受付日	送付日	担当者名
	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

再発行手数料（1,000円）は

- 指定銀行口座に平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日に振り込みました
(振込み票(控え)のコピーを同封しました)
- 現金(1,000円)を同封しています