

| | | |
|--------------|----------|-----|
| 日本医師会 使用欄 | 異動後の都道府県 | 受付日 |
| | | |

日本医師会認定 産業医 ・ 健康スポーツ医 変更届

(登録情報の変更が必要な認定医の名称(上記)を○で囲んでください)

【認定医情報を必ずご記入下さい】

| | | | |
|----------------|----------|-----------------|----------------------------|
| 報告年月日 | 令和 年 月 日 | | |
| フリガナ | | 性別 | 1 男 2 女 |
| 申請者名 | | 生年月日 | 2 大正 3 昭和 年 月 日 4 平成 |
| 医籍登録番号 | 第 号 | | |
| 産業医証番号 | 第 号 | 産業医 有効期限 | 令和 年 月 日 |
| 健康スポーツ 医証番号 | 第 号 | 健康スポーツ 医有効期限 | 令和 年 月 日 |

【変更箇所(変更箇所のみご記入いただき、変更の無い箇所は空欄のままにしてください)】

| | | | |
|------------------|---------|---------|-----------------------|
| ふりがな | | 旧姓 | 異動後の窓口となる 都道府県医師会名 |
| 氏 名 | | | |
| 所属施設名 | | | |
| 施設所在地 | Tel () | Fax () | |
| 郵便物送付先と して登録□ | 〒 - | | |
| 自宅住所 | Tel () | Fax () | |
| 郵便物送付先と して登録□ | 〒 - | | |

注1) 本変更届は、氏名・連絡先等に変更のある認定医のみご使用ください。それ以外の変更のある認定医は、次回の更新手続きの際お送りする「更新申請書」をご使用になり、登録情報を変更して下さい。

注2) 【変更箇所】の記入欄には、1つの記入欄に2つ以上の内容を記入しないでください。

注3) 氏名を変更される場合は、旧氏名を必ずご記入下さい。

注4) 日本医師会会員の先生は、郵便物送付先について会員情報が優先されますのでご注意ください。

以上、必要事項をご記入いただき、現在ご所属の都道府県医師会(医師会に所属されていない場合、ご勤務地のある都道府県医師会)へ FAX またはご郵送下さい。

一般社団法人 大阪府医師会 〒543-8935 大阪市天王寺区上本町 2-1-22

◎認定産業医担当: 地域医療1課 TEL06-6763-7012、FAX06-6766-2875

◎認定健康スポーツ医担当: 地域医療2課 TEL06-6763-7002、FAX06-6765-3737