

「認定健康スポーツ医証再発行願い(紛失)」について

所定事項をご記入いただき、下記あて、直接ご送付ください。

(* 日本医師会記入欄には何も記入しないでください)

なお、認定証再発行手数料(1,000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。

日本医師会 健康医療第1課(TEL:03-3942-6138)

◆FAXによる依頼

FAX:03-3946-5786

振込先:三井住友銀行 神田支店 普通銀行 No.1298513 公益社団法人 日本医師会

◆郵送による依頼

送付先:〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16 日本医師会 健康医療第1課

認定健康スポーツ医証再発行願い

日本医師会健康医療第一課御中

申込年月日			
再発行依頼者名			
認定健康スポーツ医名			
認定証番号： 第 号			
有効期間： ~			
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
	年 月 日	年 月 日	

再発行手数料(1,000円)は、

- 指定銀行口座に 年 月 日に振り込みました。
- 現金(1,000円)を同封しています。