

《産業医学研修手帳発行願い》

令和 年 月 日

東京都医師会長 殿

日本医師会認定産業医制度における「産業医学研修手帳」の発行を申請いたします。

フリガナ		性別	1. 男 2. 女
申請者 氏名	Ⓜ	生年	1. 昭和 2. 平成
		月 日	年 月 日
所属地区 医師会名	医師会・非会員		
自宅 住所	郵便番号	-	電話番号
勤務先名			
勤務先 住所	郵便番号	-	電話番号
医師 免許証	第	号	医籍登録 年月日
			1. 大正 2. 昭和 3. 平成 年 月 日

注1) 初めて認定産業医を取得する方が使用する用紙です。

既に認定産業医をお持ちの先生は、この用紙は使用できません。

注2) すべての項目について楷書ではっきりとご記入ください。

注3) 氏名の欄には必ず押印ください。

東京都医師会処理欄	発行
-----------	----

- ◎ ご所属の地区医師会、あるいは東京都医師会までご郵送ください。
- ◎ 「東京都内勤務の非医師会員」は、宛名明記の返信用封筒（定型最大、140円切手貼付）を同封のうえ、東京都医師会までご郵送ください。
（勤務地が東京都外の先生は、発行できません。）

東京都医師会 医療支援課

〒101-8328 千代田区神田駿河台2-5