

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○で囲んで下さい。)

**①【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	1. 昭和 2. 平成 年 月 日
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

**②【変更箇所】**

(変更箇所のみご記入下さい。但し、他県から転入される場合は、所属施設名・施設所在地・自宅住所は変更がなくとも必ずご記入ください)

フリガナ		旧姓	異動後の窓口となる 都道府県医師会(必須)
氏名			
所属施設名			
施設所在地	Tel ( )	Fax ( )	
	〒 -		
自宅住所	Tel ( )	Fax ( )	
	〒 -		

**③【認定産業医をお持ちの先生で以下の内容に変更がある場合は必ずご記入下さい】**

主な診療科目		産業医活動	1. している 2. していない
所属 地区医師会	医師会 ・ 非会員	東京都医師会 1. 会員 2. 非会員	日本医師会 1. 会員 2. 非会員
※氏名変更の場合、新姓で認定証の発行を希望しますか？(□にチェックを入れて下さい)			
希望する	<input type="checkbox"/>	お届け先は 勤務先	<input type="checkbox"/>
希望しない	<input type="checkbox"/>	ご自宅	<input type="checkbox"/>

※本変更届は、氏名・連絡先等、上記の内容に変更のある認定医のみご使用下さい。上記以外の内容に変更のある認定医は、次回の更新手続きの際に使用する「更新申請書」にて登録情報を変更して下さい。

※【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下さい。

※氏名を変更される場合は、旧姓を必ずご記入下さい。

※健康スポーツ医は①と②の記入が必須となりますのでご注意ください。

※以上の点にご注意いただき、必要事項を記入の上、東京都医師会へ郵送またはFAX下さい。

**【提出先】 公益社団法人東京都医師会 支援部 健康保健課**

〒101-8328 千代田区神田駿河台 2-5 TEL:03-3294-8821 FAX:03-3292-7097