愛知県医師会　医療業務部第２課（FAX 052-241-4130／E-mail chiiki_2@aichi.med.or.jp）　行

日本医師会認定スポーツ医　関係書類交付申込書

申込日　令和　　年　　月　　日

＊交付希望書類の二重枠内に〇印をご記入ください			手 数 料	送付時期
新規		日本医師会認定スポーツ医新規申請書	無　料	受付次第送付
更新（注 1）		日本医師会認定スポーツ医更新申請書	無　料	受付から 1～2 週間後に送付
		日本医師会認定スポーツ医証（注 2） 【再交付理由】☐　紛失・汚損 該当する☐へ✓　☐　氏 名 変 更	紛失汚損：1,000 円 氏名変更：無　料	

（注1）　「更新」関係書類については、紛失等により再交付が必要になった場合のみ、本書によりお申し込みください。

（注2）　スポーツ医証の再交付希望の際は、該当の再交付の理由に✓印をご記入ください。
なお、「紛失、汚損」による場合は、手数料として別途 1,000 円が必要となります。下記口座宛てにお振込みにてお支払いください。
振込口座：三菱ＵＦＪ銀行 名古屋営業部　普通口座　３６９２０７２
公益社団法人愛知県医師会
シャ）アイチケンイシカイ
※振込手数料は申請者にてご負担くださいますようお願いいたします。
※認定証に同封し、日本医師会発行のインボイス制度に対応した領収書をお送りいたします。

ふりがな		＊氏名変更によるスポーツ医証再交付の場合のみ記入してください。 旧氏名（　　）
氏　　名		
所 属 医 師 会	☐ 愛知県医師会員 → 地区名（　　医師会） ☐ 非会員　　＊名古屋市会員の方は区名を記入	
医籍登録番号		
スポーツ医認定証番号		
勤 務 先 名		
連絡・送付先 どちらかに✓ ☐ 勤務先 ☐ 自　宅	（〒　　－　　） TEL（　　）　　－ FAX（　　）　　－	

※日本医師会認定スポーツ医証再交付の方のみ記入

振込名義人													振　込　日
													令和　年　月　日