

福岡県医師会地域医療課 宛
F A X : 0 9 2 - 4 1 1 - 6 8 5 8

日本医師会認定健康スポーツ医制度
登録情報（更新申請用書類）再発行依頼書

申込年月日	令和 年 月 日		
認定健康 スポーツ医名			
認定証番号	第 号		
有効期限	年 月 日 ～ 年 月 日		
送付先	〒 ー		
電話番号			
福岡県医師会 記入欄	受 付 日	送 付 日	担当者名
	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
日本医師会 記入欄	受 付 日	送 付 日	担当者名
	令和 年 月 日	令和 年 月 日	