日本眼科学会専門医更新登録証再発行願い

(公財)日本眼科学会
　　専門医制度委員会　御中

下記の理由により日本眼科学会専門医更新登録証の再発行をお願いいたします。

<table>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">登録番号</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>ローマ字</td><td></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td><td>旧　　姓</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">昭和
平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="4">送付先住所
〒</td></tr>
<tr><td>連絡先電話番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="4">該当する再発行理由に〇を付けてください。その他の場合は具体的にご記入ください。
１．姓名の変更　　２．紛失　　３．盗難　　４．破損
５．その他（　　）</td></tr>
<tr><td>備　考</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

(注) **再発行願いに手数料1,000円（現金）を添え、現金書留にて専門医制度委員会あてにご送付ください。**
なお、上記理由の１と４の場合は、お手元にある更新登録証を同封してください。

令和　　年　　月　　日

署名・捺印　　㊞

送付先・連絡先
〒101-8346　東京都千代田区神田猿楽町2-4-11-402
(公財)日本眼科学会　専門医制度委員会
TEL　03-3295-2360