

# 日本眼科学会専門医認定証再発行願い

(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認定証の再発行をお願いいたします。

フリガナ		登録番号	
氏名		旧姓	
生年月日	昭和 平成 年 月 日		
送付先住所	〒		
連絡先電話番号			
該当する再発行理由に○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 ( )			
保証人	役職		
	署名・捺印	①	

(注) **再発行願いに手数料5,000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、お手元にある認定証をお送りください。

(注) 保証人は次のとおりです。

大学病院勤務の場合：眼科主任教授

専門医制度認定研修施設勤務の場合：施設長

上記以外の施設に勤務または開業の場合：都道府県眼科医会会長

令和 年 月 日

署名・捺印

①

送付先・連絡先

〒101-8346 東京都千代田区神田猿樂町2-4-11-402

(公財)日本眼科学会 専門医制度委員会

Tel 03-3295-2360