



# 日本老年精神医学会 専門医制度委員会 専門医カード再発行申請書

公益社団法人日本老年精神医学会専門医制度委員会  
専門医カードの再発行を申込みます。

※記入必須項目

申込日 年 月 日

フリガナ※			
氏名※			
会員番号		専門医番号	
所属先※ 名称			
専門医カード 郵送先 住所※	〒		
	TEL	FAX	
	E-mail		

※専門医認定カードを紛失・破損した場合は、2000円（税別）にて再発行を承ります。

お申し込みの際は、本PDFファイルファイルをダウンロード・印刷してFAXにて専門医制度委員会までお送りいただくか、E-mail（氏名、会員番号、カード送付先住所を明記）にてお申し込みください。

お支払いは、認定カードに同封いたします郵便振込取扱票にてお支払いください。



**Fax : 03-5206-7757**

No. \_\_\_\_\_

受理日： 年 月 日