

年 月 日

(宛)

公益社団法人 日本医師会 電子認証センター 殿

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16

(発)

団体名

所属(役職)

氏名

印

住所

印省略可 なつ印の場合は認印可

## 医師資格証の申請・交付担当者届

申請書のとりまとめ、本人確認、医師資格証の交付と受領確認を行う交付担当者を届出します。  
なお、業務の実施には、個人情報の取り扱いに十分な注意をもって行うものとします。

No.	申請・交付担当者氏名	所属・役職	電話番号	メールアドレス
1				
2				
3				

1名以上の届出は必須。役職は省略可。