

様式第3号

公益社団法人日本産婦人科医会会長殿

変更・異動届

年 月 日 受付

| | |
|--------------------|------|
| 所属都道府県 | 都道府県 |
| 所属都道府県 産婦人科医会会長 | 印 |

日本産婦人科医会用

1 所属都道府県産婦人科医会の異動

| | | | |
|---|------|----------|---|
| 旧 | 都道府県 | 地区 支部 | 班 |
| 新 | 都道府県 | 地区 支部 | 班 |

2 会員種別の変更

| | | | |
|---|--------------|---------------------|--------------------------|
| 旧 | 1. 正 2. 準 | 1. 指定医師 2. 非指定医師 | 1. 開業 2. 勤務 3. その他 |
| 新 | 1. 正 2. 準 | 1. 指定医師 2. 非指定医師 | 1. 開業 2. 勤務 3. その他 |

3 会員の分娩の取り扱い

| | |
|------|------|
| 1. 有 | 2. 無 |
|------|------|

4 指定の異動

| | | | |
|---|------|----------|------|
| 旧 | 指定年月 | 平成 年 月 日 | 都道府県 |
| 新 | 指定年月 | 平成 年 月 日 | 都道府県 |

5 医籍登録番号・登録年月日

| | |
|-----|-------|
| 第 号 | 年 月 日 |
|-----|-------|

6 出身校・卒業年

| | |
|----------|---|
| 大学 医専 | 年 |
|----------|---|

7 氏名の変更

| | | |
|---|------|---------------------|
| 旧 | ふりがな | 年 月 日生 1. 男 2. 女 |
| 新 | ふりがな | |

8 現住所の変更

| | | |
|---|---|-----------|
| 旧 | 〒 | 電話 FAX |
| 新 | 〒 | 電話 FAX |

9 診療に従事する医療機関の異動

| | | | |
|-----|---|-----------------|--|
| 名称 | 旧 | 役職名 | 旧 |
| | 新 | | 新 |
| 所在地 | 新 | 〒 | 電話 FAX |
| 種別 | 新 | 1. 病院 2. 診療所 | 1. 私立 3. その他の法人 2. 医療法人 4. 国公立 5. 大学 6. その他 1. 開業 3. その他 2. 勤務 |

10 郵便物送り先の変更

| | |
|------------------|---------------------------|
| 1. 現住所 2. 勤務先 | 1. 2以外の送り先を希望する場合に記入 〒 |
|------------------|---------------------------|

上記のとおり変更・異動しましたので届出いたします。

年 月 日

氏 名

印

註) 現住所の変更欄は住所表示を含みます。
なお、所属都道府県産婦人科医会の異動があった場合には、3枚目を前所属都道府県産婦人科医会に送付して下さい。