鳥取県医師会指定学校医　自動更新申請書

令和　　年　　月　　日

鳥取県医師会長　様

今後、鳥取県医師会指定医学校医制度における指定学校医の自動更新を受けたいので、申請致します。

ふりがな		
申請者氏名	㊞	
申請種別	□学校医　　□診療科別学校医	
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日	性別
所属地区医師会	□東部　□中部　□西部　□大学	
所属施設名		
施設所在地	〒 TEL　　FAX E-mail： 学校医ﾒｰﾘﾝｸﾞﾘｽﾄ参加希望　□参加する　□参加しない	

※自動更新の申請を取り下げる際は、鳥取県医師会事務局までご連絡ください。