

日本老年医学会認定
老人保健施設管理認定医証交付申請書

日本老年医学会 御中

登録料を納入し、日本老年医学会認定 老人保健施設管理認定医証の交付を申請します

西暦 年 月 日

氏名: _____ 会員番号: _____

E-mail: _____

【勤務先】

施設名: _____
〒 _____

住所: _____

TEL: _____ FAX: _____

現在老健施設の勤務ではない場合、過去に勤務していた老健施設について記載してください。

老健名: _____

その施設での勤務期間: _____年 月 ~ _____年 月まで

※ 登録料のお振込みを確認できる書類を添付して下さい。