

変 更 届

年 月 日 提出

氏名：	変更日： 年 月 日 より 変更
資格 (該当する項目に印)	該当する項目にチェックを付けてください。 <input type="checkbox"/> がん治療認定医 (認定番号：) <input type="checkbox"/> がん治療認定医 申請中 (受付/受講/受験番号：) ※暫定教育医制度は2018年3月31日をもって廃止されます。そのため、暫定教育医・暫定教育医(歯科口腔外科)に関する本届の提出は不要です。
変更内容 (該当内容に印)	<input type="checkbox"/> 1. 氏名変更 <input type="checkbox"/> 2. 勤務先変更 <input type="checkbox"/> 3. 送付先変更 <input type="checkbox"/> 4. メールアドレス変更 <input type="checkbox"/> 5. その他(医籍番号等)

※以下は変更のある事項のみご記入ください。

1. 氏名変更 ※新・旧の氏名が確認できるよう、変更事項を証明する公的書類の写し(医師免許証・戸籍謄抄本・運転免許証・旅券等のコピー)を添付してください。

新氏名	(フリガナ：)	旧氏名	
-----	----------	-----	--

2. 勤務先変更

旧勤務先		<input type="checkbox"/> 認定研修施設 (認定番号：) <input type="checkbox"/> 認定研修施設以外
新勤務先	(科名：)	<input type="checkbox"/> 認定研修施設 (認定番号：) <input type="checkbox"/> 認定研修施設以外
新勤務先住所	〒	
電話番号		

3. 送付先変更 ※送付先は国内に限ります

<input type="checkbox"/> 勤務先への送付を希望する <input type="checkbox"/> 勤務先以外への送付を希望する (下欄にご記入ください)	
新送付先住所	〒

4. メールアドレス変更

旧メールアドレス	
新メールアドレス	※メールアドレスのご記載がない場合、メールによるお知らせをお届けできませんのでご了承ください。

5. その他 ※医籍番号変更の場合は、新旧の医師免許証コピーを添付してください。

--

注) 1.住所は、できるだけ詳しくご記入ください。(マンション名・号室等)
 2.この変更届の送付先は次のとおりです。(郵送・FAX・メール添付)
 FAX・メール添付でご提出の際は、個人情報保護のため 誤送信のないようご注意ください。
 〒160-0016 東京都新宿区信濃町35番地信濃町煉瓦館5階 一財)国際医学情報センター内
 一般社団法人日本がん治療認定医機構 事務局
 FAX: 03-5361-7091 E-mail: c-info@imic.or.jp ホームページ: http://www.jbct.jp/
 3.登録内容に変更が生じる場合は本届をご提出ください。届出がないことにより本機構からのお知らせが届かない等の不利益が生じたとしても、本機構は一切責任を負いませんのでご了承ください。