

公益社団法人 日本医師会 電子認証センター 宛

FAX 03-3946-2136

※お掛け間違いにご注意ください

## 医師資格証利用料支払い方法変更届

利用料の支払方法を変更したいので、届け出をします。

届出日	年	月	日
-----	---	---	---

医師資格証のカードID（医師資格証券面のカードIDを記入してください。）

カードID	J	M	A																
-------	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

医師資格証の利用者

届出者氏名 (利用者本人)	漢字 (自署)	姓		名	
------------------	------------	---	--	---	--

日本医師会会員種別（該当するものに✓をしてください。）

<input type="checkbox"/> 日医会員	<input type="checkbox"/> 日医会員で臨床研修期間中	<input type="checkbox"/> 日医非会員
-------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------

変更後の支払い方法（該当するものに✓をしてください。）

<input type="checkbox"/> ゆうちょもしくはコンビニによる払込み	<input type="checkbox"/> 口座振替による自動引き落とし
<p>口座振替による自動引き落としは停止されます。 お支払い月の1ヶ月前に、申請書に記入いただいた連絡先宛に「ゆうちょもしくはコンビニによる払込票」をお送りします。</p>	<p>口座振替依頼書を、申請書に記入いただいた連絡先宛にお送りします。 必要事項を記入し返送をお願いします。 お支払い月の1ヶ月前に、引き落としのご案内をお送りいたします。</p>
<p>※ お支払い月の2ヶ月前まで変更ができます。</p> <p>※ 申請書に記入した連絡先住所を変更される方はご連絡ください。</p> <p>TEL: 03-3942-7050</p>	

## ◆ 電子認証センター使用欄

受付日	
確認者 (氏名)	

--