|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 航 空 身 体 検 査 医 指 定 申 請 書国土交通大臣　　　　　　　　　　　　　殿年　　月　　日　　　住　　所　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　航空身体検査医の指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　 　　　　　　名（ふりがなをつけること。） |  |
| 生　　年　　月　　日 |  |
| 本　　　　　 籍（外国人にあっては、国籍） |  |
| 医師免許を受けた年月日及び免許証番号 |  |
| 臨床又は航空医学の経験年数 |  |
| 現に所属する航空身体検査指定機関の名称 |  |
| 備　　　　　　　　 考 |  |

 |
|  |