|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | |
|  |