

航空身体検査指定機関（航空身体検査医）

指 定 申 請 書 届 出 事 項 変 更 届

名称（指定医名）	指定機関名を記載・押印 印
所在地（住 所）	〒 指定機関の住所及び電話番号を記載 (電話番号)
開設者又は 管理者の氏名	指定機関の管理者等名を記載・押印 印
変更事項内容	<ol style="list-style-type: none"> 1. 指定機関の所在地等の変更 2. 法人の名称及び代表者の変更 3. 実務管理者の変更 4. 指定医の失効 5. その他（委託先の追加等） <p style="text-align: right; color: red;">「4.指定医の失効」及び「5.その他」に を付してください</p>
変更事項	旧
	新
変更事由	「航空身体検査を実施しないこととしたため」などの理由を記載願います。
変更年月日	平成 年 月 日 失効となる日付を記載願います。
その他参考事項	添付書類の有・無（ある場合は下記に書類名記載） 「無」に を付してください
届出年月日	平成 年 月 日 届け出た日付を記載願います。

航空身体検査指定機関（航空身体検査医）

指定申請書届出事項変更届

名称（指定医名）		印
所在地（住所）	〒	
	（電話番号）	
開設者又は 管理者の氏名		印
変更事項内容	1．指定機関の所在地等の変更 2．法人の名称及び代表者の変更 3．実務管理者の変更 4．指定医の失効 5．その他（委託先の追加等）	
変更事項	旧	
	新	
変更事由		
変更年月日	平成 年 月 日	
その他参考事項	添付書類の有・無（ある場合は下記に書類名記載）	
届出年月日	平成 年 月 日	