

LRA 本審査結果報告書

都道府県コード*	
(JIS規格)	

都道府県医師会LRA担当者または郡市区等医師会LRA担当者⇒日医電子認証センター

***必須項目**

① 日付	年	月	日
内容*	申請書類種別		件数
	<input type="checkbox"/> 新規発行		件
	<input type="checkbox"/> 更新発行		件
	<input type="checkbox"/> 再発行		件

② 団体情報

団体名*	
団体住所*	〒 都 道 府 県

③ 団体連絡先情報 電子認証センターから本申請書に関するご連絡先

ご担当者*	(部署名)	(氏名)
電話番号*	- -	FAX番号 - -
メールアドレス*		

◆ 電子認証センター使用欄

受付日		
処理	受理 _____ 件	不受理 _____ 件
備考		