

※ 臨床研修修了 登録年月日	
----------------------	--

取 入 印 (消印しないこと。)	欄
---------------------------	---

臨床研修修了登録証再交付申請書

医師 登録番号	第					号	医師 登録年月日	平成			年			月			日
------------	---	--	--	--	--	---	-------------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

本 （国籍）	籍	都道 府県
-----------	---	----------

ふりがな	(氏)	(名)
氏名		
通称名		

性別	男
	女

生年月日	昭和 平成					年			月			日
------	----------	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

上記の臨床研修修了登録証を(破った・汚した・失った)ので、臨床研修修了登録証の再交付を申請します。

平成 年 月 日

郵便番号	—	電話番号	()
住所	都道 府県	市 郡	町 区 村
			番地 番号
氏名		印	

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- 1 ※印欄には、記入しないこと。
 - 2 該当する不動文字を○で囲むこと。
 - 3 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
 - 4 記名押印に代えて、署名することができる。
 - 5 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とすること。