

※許 可 番 号		※再交付年月日	
----------	--	---------	--

臨床修練許可証／臨床教授等許可証再交付申請書

APPLICATION FOR REISSUE OF CERTIFICATE OF PERMISSION OF ADVANCED CLINICAL TRAINING／CLINICAL TEACHING AND RESEARCH

許可証の種類 Type of Certification of Permission	<input type="checkbox"/> 臨床修練許可証 Certification of Permission of Advanced clinical training				
	<input type="checkbox"/> 臨床教授等許可証 Certification of Permission of Clinical teaching and research				
許可番号 Permit No.		許可年月日 Date of Permit	年	月	日
			Year	Month	Day

国 籍 Nationality		出 生 地 Place of Birth	
--------------------	--	-------------------------	--

氏 名 (原語) (in Original Letters)			
(ローマ字) (in Roman Letters)	(Last)	(First)	(Middle)
(カタカナ) (in Japanese Katakana)	(Last)	(First)	(Middle)

性 別 Sex	男 Male	女 Female
------------	-----------	-------------

生 年 月 日 Date of Birth	年	月	日
	Year	Month	Day

上記の許可証を(破った・汚した・失った)ので、関係書類を添えて許可証の再交付を申請します。  
I hereby apply for the reissue of the Certificate of Permission, and submit the necessary documents.

日本における居住地 Present Address in Japan	c/o	方
電 話 番 号 Tel. No.	( )	

氏 名 Name	(原語) (in Original Letters)			
	(ローマ字) (in Roman Letters)	(Last)	(First)	(Middle)
	(カタカナ) (in Japanese Katakana)	(Last)	(First)	(Middle)
生 年 月 日 Date of Birth	年	月	日	
	Year	Month	Day	

厚生労働大臣 殿  
To: Minister of Health, Labour and Welfare

(Date) 年 月 日  
Year Month Day

署名  
Signature