

様式第四号（第七条第二項関係）

※許可番号		※書換交付年月日	
-------	--	----------	--

臨床修練許可証／臨床教授等許可証書換え交付申請書
APPLICATION FOR REWRITING CERTIFICATE OF PERMISSION OF ADVANCED CLINICAL TRAINING / CLINICAL TEACHING AND RESEARCH

許可証の種類 Type of Certification of Permission	☐ 臨床修練許可証 Certification of Permission of Advanced clinical training ☐ 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

変更を生じた事項
Items to change

	変 更 前 before Change	変 更 後 after Change
国 籍 等 Nationality, etc.		
氏 名 Name (原語) (in Original Letters)		
(ローマ字) (in Roman Letters)	(Last) (First) (Middle)	(Last) (First) (Middle)
(カタカナ) (in Japanese Katakana)	(Last) (First) (Middle)	(Last) (First) (Middle)
変更の事由 Reason for Change		

上記により、関係書類を添えて許可証の書換え交付を申請します。
As mentioned above, I hereby apply for rewriting 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