

様式第五号（第八条第二項関係）

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

|                            |  |                         |  |
|----------------------------|--|-------------------------|--|
| 国 籍 等<br>Nationality, etc. |  | 出 生 地<br>Place of Birth |  |
|----------------------------|--|-------------------------|--|

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

|            |           |             |
|------------|-----------|-------------|
| 性 別<br>Sex | 男<br>Male | 女<br>Female |
|------------|-----------|-------------|

|                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| 生 年 月 日<br>Date of Birth | 年 月 日<br>Year Month Day |
|--------------------------|-------------------------|

上記の許可証を（破つた・汚した・失つた）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<br>Present Address in Japan | c / o 方 |
| 電 話 番 号 Tel. No.                      | ( )     |

|                          |                                  |        |         |          |
|--------------------------|----------------------------------|--------|---------|----------|
| 氏 名<br>Name              | (原語)<br>(in Original Letters)    |        |         |          |
|                          | (ローマ字)<br>(in Roman Letters)     | (Last) | (First) | (Middle) |
|                          | (カタカナ)<br>(in Japanese Katakana) | (Last) | (First) | (Middle) |
| 生 年 月 日<br>Date of Birth | 年 月 日<br>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