

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

収	入	印	紙	欄
(消印しないこと。)				

臨床研修修了登録証申請書

医 登 録 番 号	第							号	医 登 録 年 月 日	平 成 令 和			年			月			日
-----------------------	---	--	--	--	--	--	--	---	----------------------------	------------------	--	--	---	--	--	---	--	--	---

1. 修了した臨床研修に係る研修プログラムの番号及び名称

研修プログラムの番号								研修プログラムの名称											

2. 臨床研修の開始年月日及び修了年月日

開 始 年 月 日								修 了 年 月 日											
平 成 令 和		年		月		日		平 成 令 和		年		月		日					

3. 臨床研修修了証を交付した臨床研修病院等の番号及び名称

病院施設番号						臨床研修病院等の名称													

上記により、臨床研修修了登録証を申請します。

令和 年 月 日

本 (国 籍)	籍	都 道 府 県
--------------	---	---------

郵便番号	-	連絡先電話番号	()
------	---	---------	-----

住 所	都 道 府 県	市 郡 区 町 村	番 地 号
--------	---------	-----------	-------

ふ り が な	(氏)	(名)
氏 名		
通 称 名		

性別	男
	女

生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和					年			月			日
---------	-------------	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

厚生労働大臣 殿

- (注) 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 用紙の大きさは、A4とすること。