

※ 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再交付申請書

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

本 籍 ( 国 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 令 和					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。

令和 年 月 日

郵便番号	-	電話番号	( )
住 所	都 道 府 県	市 郡 区 町 村	番 地 号
氏 名			

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。