

様式第一号(第二十一条関係)

| |
|----------------------|
| ※ 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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|---|--|--|--|--|--|---|-------------|----------|--|--|---|--|--|---|--|--|---|
| 医籍 登録番号 | 第 | | | | | | 号 | 医籍 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。