

様式第三号(第二十三条関係)

※ 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再交付申請書

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

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				年			月		日
	平 成									

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 黒ボールペンをうい、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。