

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

本 籍 (国 籍 等)	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 令						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 番 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。