

| | |
|----------------------|--|
| ※ 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書換交付申請書

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

変更を生じた事項

| | 変 更 前 | | 変 更 後 (第 1 回) | | 変 更 後 (第 2 回) | |
|--------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|-----------------|-----|
| 本 (国 籍) | 都 道 府 県 | | 都 道 府 県 | | 都 道 府 県 | |
| ふ り が な | (氏) | (名) | (氏) | (名) | (氏) | (名) |
| 氏 名 | | | | | | |
| 通 称 名 | | | | | | |
| 性 別 | 男 ・ 女 | | 男 ・ 女 | | 男 ・ 女 | |
| 生 年 月 日 | 昭 平 令 | 和 成 和 | 年 | 昭 平 令 | 和 成 和 | 年 |
| | | 月 | 日 | | 月 | 日 |

上記により、臨床研修修了登録証の書換交付を申請します。

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 | | 生 年 月 日 | 昭 平 令 和 成 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。

医師臨床研修修了登録証書換交付申請手続

※臨床研修修了登録証の発行には、概ね3～4ヵ月程度の期間を要します。

I 臨床研修修了登録証書換交付申請に必要な書類について

- (1) 医師臨床研修修了登録証書換交付申請書（厚生労働省で配布した申請書を必ず使用して下さい。）
- (2) 医師免許証の写し（日本工業規格A列4番の大きさに複写して添付して下さい。）
- (3) 臨床研修修了登録証の原本
- (4) 臨床研修修了登録証送付用封筒（620円分の切手を貼って下さい。）

郵便書留で郵送しますので確実に受け取りのできる住所を記載して下さい。不在等で配達ができない場合が多くなっていますので、自宅で受領できない可能性がある場合は、勤務先病院等の住所を記載して下さい。なお、お手元に臨床研修修了登録証が届く前に住所変更が生じた場合は、必ず変更後の住所を担当する地方厚生局へお知らせ下さい。

II 臨床研修修了登録証書換交付申請書の書き方について

- (1) 該当する**不動文字**を○で囲み、※印の部分は記入しないで下さい。
数字は右側につめて記入して下さい。例「

| | | |
|--|---|---|
| | 1 | 3 |
|--|---|---|

」
- (2) 文字は**かい書で正確**に記入して下さい。
- (3) 電話番号の右の空欄部分に必ず、メールアドレスを記入して下さい。
- (4) 連絡先E-mailを記入する際は、迷惑メール設定などが設定されていない確実に連絡がとれるものとして下さい。
- (5) 氏名については、医師免許証を参照し、記名して下さい。

日本の国籍を持たない者で、医師免許証に通称名が併記されている者は、氏名欄下の枠内に通称名及びふりがなを記入して下さい。

- (6) 日本の国籍を持たない者は、本籍欄に国籍を、生年月日については西暦で記入して下さい。
- (7) 変更前の欄は、添付する臨床研修修了登録証の本籍、氏名、生年月日を記入して下さい。
- (8) 変更後の欄は、変更後の医師免許証を参照し、記入して下さい。また、変更事項が複数の場合は、古い順に第1回・第2回欄に記入し、変更の事由が3回以上の場合には、新たな申請書に追記記入して下さい。

III 書換交付に係る手数料の納め方について

書換交付手数料として、**3,100円分の収入印紙**を申請書の収入印紙欄に貼って下さい（収入印紙は絶対に消印しないで下さい。）。

IV 臨床研修修了登録証書換交付申請書の提出方法について

臨床研修修了登録証書換交付申請書、医師免許証の写し、臨床研修修了登録証の原本の順にそろえ、右上部をホチキスで止め、**臨床研修修了登録証送付用封筒を同封の上**、郵便書留にて担当する地方厚生局へ提出して下さい。

○ 臨床研修修了登録証書換交付申請及び問い合わせ先

臨床研修修了登録証書換交付申請書については、住所地（住民票上の住所）を管轄する
地方厚生局が受付窓口となります。

1. 北海道厚生局

〒060-0808

札幌市北区北8条西2-1-1 札幌第1合同庁舎8階

北海道厚生局 健康福祉部 医事課 臨床研修係

電話 011-709-2311（代表）

【管轄区域】

北海道

2. 東北厚生局

〒980-8426

仙台市青葉区花京院1-1-20 花京院スクエア13階

東北厚生局 健康福祉部 医事課 臨床研修係

電話 022-726-9263

【管轄区域】

青森県・岩手県・宮城県・秋田県・山形県・福島県

3. 関東信越厚生局

〒330-9713

さいたま市中央区新都心1-1 さいたま新都心合同庁舎1号館7階

関東信越厚生局 健康福祉部 医事課 臨床研修係

電話 048-740-0754（代表）

【管轄区域】

茨城県・栃木県・群馬県・埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県・新潟県・
山梨県・長野県

4. 東海北陸厚生局

〒461-0011

名古屋市東区白壁1-15-1 名古屋合同庁舎第3号館3階

東海北陸厚生局 健康福祉部 医事課 臨床研修係

電話 052-971-8836

【管轄区域】

富山県・石川県・岐阜県・静岡県・愛知県・三重県

5. 近畿厚生局

〒540-0011

大阪市中央区農人橋1-1-22 大江ビル7階

近畿厚生局 健康福祉部 医事課 臨床研修係

電話 06-6942-2492

【管轄区域】

福井県・滋賀県・京都府・大阪府・兵庫県・奈良県・和歌山県

6. 中国四国厚生局

〒730-0017

広島市中区鉄砲町7-18 東芝フコク生命ビル2階

中国四国厚生局 健康福祉部 医事課 臨床研修係

電話 082-223-8204

【管轄区域】

鳥取県・島根県・岡山県・広島県・山口県・徳島県・香川県・愛媛県・高知県

7. 九州厚生局

〒812-0013

福岡市博多区博多駅東2-10-7 福岡第二合同庁舎2階

九州厚生局 健康福祉部 医事課 臨床研修係

電話 092-472-2307

【管轄区域】

福岡県・佐賀県・長崎県・熊本県・大分県・宮崎県・鹿児島県・沖縄県