

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 登 録 番 号	第							号	医 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)	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 番 号
--------	------------	----------	-----	------------

ふ り が な	(氏)	(名)
氏 名		
通 称 名		

性別	男
	女

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、A 4 とすること。

臨床研修修了 登録年月日		収 入 (消印しないこと。)	印 紙 欄
-----------------	--	----------------------	-------------

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 令			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 月 日	昭 平 令 和 成 和 年 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。

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)	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 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。