

様式第五号 (第八条第二項関係)

※許 可 番 号		※再 交 付 年 月 日	
----------	--	--------------	--

臨床修練許可証／臨床教授等許可証再交付申請書
 APPLICATION FOR REISSUE OF CERTIFICATE OF PERMISSION OF ADVANCED CLINICAL TRAINING / CLINICAL TEACHING AND RESEARCH

許可証の種別 Type of Certification of Permission	<input type="checkbox"/> 臨床修練許可証 Certification of Permission of Advanced clinical training <input type="checkbox"/> 臨床教授等許可証 Certification of Permission of Clinical teaching and research		
許可番号 Permit No.		許可年月日 Date of Permit	年 月 日 Year Month Day

国 籍 Nationality		出 生 地 Place of Birth	
--------------------	--	-------------------------	--

氏 名 (原語) (in Original Letters)			
(ローマ字) (in Roman Letters)	(Last)	(First)	(Middle)
(カタカナ) (in Japanese Katakana)	(Last)	(First)	(Middle)

性 別 Sex	男 Male	女 Female
------------	-----------	-------------

生 年 月 日 Date of Birth	年 月 日 Year Month Day
--------------------------	-------------------------

上記の許可証を(破った・汚した・失った)ので、関係書類を添えて許可証の再交付を申請します。
 I hereby apply for the reissue of the Certificate of Permission, and submit the necessary documents.

日本における居住地 Present Address in Japan	c/o	方	
電 話 番 号 Tel. No.	()		
氏 名 Name	(原語) (in Original Letters)		
	(ローマ字) (in Roman Letters)	(Last)	(First) (Middle)
	(カタカナ) (in Japanese Katakana)	(Last)	(First) (Middle)
生 年 月 日 Date of Birth	年 月 日 Year Month Day		

厚生労働大臣 殿
 To: Minister of Health, Labour and Welfare

(Date) 年 月 日
 Year Month Day

署 名
 Signature _____