医療法第５条の２第１項の認定証明書の再交付申請書

様式3

|  |  |
| --- | --- |
| 医療法第５条の２第１項認定年月日 | 令和　　年　　月　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医　　籍登録番号 | 第 |  |  |  |  |  |  | 号 | 医籍登録年月日 | 令和平成昭和 |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |
|  | 臨床研修修了登録年月日 | 令和平成 |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 本籍（国籍） | 都　道府　県 |
| 郵便番号 |  | 電話番号 |  |
| 住　　所 | 都　道府　県 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  |  | 性別 | 男 |
| 氏　　名 | （姓） | （名） |
| 女 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 生年月日 | 昭和平成西暦 |  |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |

上記認定証を（き損・亡失）したので関係書類を添えて再交付を希望します。

厚生労働大臣　殿

地方厚生局受付印