「郵送による申請」にあたっての注意事項

□　申請書類を手書きで提出される場合は、インク又はボールペン等により判読可能な文字でもれなく明瞭に記入してください。

□　平成 16 年 3 月以前の医師免許取得者にあっては臨床研修修了登録年月日の記入は不要です。【様式 1-1、様式 2-1】

□　氏名はふりがなを必ず記入してください。【様式 1-1、様式 2-1、様式 3】

□　本籍（国籍等）は、日本国籍の者は本籍地都道府県名を、外国籍の者はその国名を記入してください。【様式 1-1、様式 2-1、様式 3】

□　申請年月日は、必ず記入してください。【様式 1-1、様式 2-1、様式 3】

□　認定対象となる勤務期間は、令和 2 年 4 月以降の勤務期間（臨床研修中の期間を除く）のうち、勤務先の医療機関が所在する地域が医療計画において医師少数区域等に位置付けられている期間の勤務です。申請書の勤務期間欄には、認定対象となる勤務を行った勤務期間（原則として勤務先の医療機関が所在する地域が医療計画において医師少数区域等に位置付けられている期間）を記入してください。【様式 1-1、様式 1-2、様式 2-1、様式 2-2】

□　認定に必要な経験に係る証明書の証明年月日の記入もれに注意してください。【様式 1-2、様式 2-2】

□　次の書類等を忘れずに同封してください。

ア 臨床研修修了登録証の写し（ただし平成 16 年 3 月以前の医師免許取得者にあっては医師免許証の写し）

注：臨床研修修了証の添付は不要です。

イ 認定証明書送付用の角 2 型封筒

注：封筒に送付先を記入し、一般書留による郵送に必要な額の切手（660 円分）を貼付してください。（なお、勤務先等において、複数人 の申請書を取りまとめて提出される場合は、一般書留による郵送に必要な額の切手を貼付してください。）

□　様式 4 の「認定に必要な業務を行った主な勤務地」欄に記載した医療機関が所在する市町村において、認定対象業務終了後も引き続き勤務している場合は、「認定に必要な業務を行った直後の勤務地」欄の市町村についても、同一の市町村名を記載してください。

その他

臨床研修修了登録証の写しを紛失した場合は、別に「臨床研修修了登録証再交付申請書」により再交付申請が必要になります。

【詳細は、こちら】