

## 医療法第5条の2第1項の認定証明書の再交付申請書

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