

臨床研修修了登録証再交付申請の必要書類等

A4版に縮小コピー
してください

③ 保証書
(印)

② 臨床研修
修了登録証
(原本)

① 申請書

3枚(「紛失」の場合は2枚)重ねて右
上部をホチキス止めしてください

① 申請書

660 円分の切手を貼ってください

申請用封筒

書留

※再交付申請の理由
が「紛失」の場合は②
の添付は不要です

3,100円分の収入印紙を貼ってください
同封ではなく貼り付けてください

送付用封筒

660 円分の切手を貼ってください
同封ではなく貼り付けてください

660 円分の切手を貼ること

同封ではなく貼り付けてください

(臨床研修修了登録証 **申請用**)

(臨床研修修了登録証 **送付用**)

5400011

5432100

660 円分の切手を貼ること。

660 円分の切手を貼ること。

書留

書留

二ツ折厳禁

医師の職種 (○で囲む)
医師・歯科医師
住所氏名
〒()-()

医師の職種 (○で囲む)
医師・歯科医師

郵便番号・住所・氏名を記載すること。

郵便書留で送付しますので
平日の昼間でも受け取り可能な
住所を記載すること

※勤務先や実家等

近畿厚生局 健康福祉部 医事課
臨床研修係 宛

大阪府中央区農人橋一丁目番22号
大江ビル7階

厚生健康殿

●▲県○△市□×町ーのー
◇▽マンション1101号

【臨床研修修了登録証再交付申請書の記入例】

ホチキス位置

※
臨床研修修了
登録年月日

収入印紙欄
(収入印紙)

3,100円分の収入印紙を貼ること
※収入証紙ではありません
※同封ではなく貼り付けること

臨床研修修了登録証再交付申請書

医籍登録番号	第	9	8	7	6	5	4	号	医籍登録年月日	(平成)	0	5	年	0	4	月	0	2	日
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---------	------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

本籍	(国籍)	大阪	都府県
----	------	----	-----

医師免許証及び登録証と一致すること
医師免許証及び登録証と一致すること、旧姓での申請は不可。
※医籍の登録事項に変更が生じている場合は、再交付申請ではなく書換交付申請が必要。

ふりがな	(氏)	こうせい	(名)	けんこう	性別	男
氏名	厚生	健康			女	
通称名	外国人の者で医師免許証に括弧書きにより通称名の登録がある者については通称名及びふりがなを記載					

生年月日	昭和	平成	令和	7	年	0	4	月	2	3	日
------	----	----	----	---	---	---	---	---	---	---	---

日本国籍の者 → 和暦、外国籍の者 → 西暦 で記載

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 8 年 4 月 1 日 ← 日付を記載(研修修了年月日以降)

郵便番号	543-2100	連絡先電話番号	090-0000-xxxx	連絡先 E-mail	●▲@mhlw.go.jp
住所	●▲ 都府県 ○△市□×町1の1 ◇▽マンション1101号				

厚生労働大臣 殿

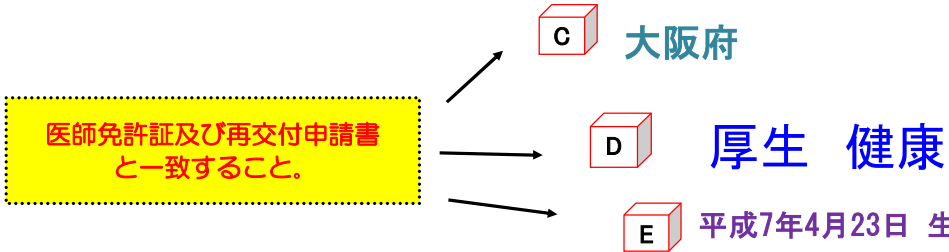
(注) 電話番号の右の空欄部分に必ず、メールアドレスを記入して下さい!

○ 氏名・本籍地都道府県等の医籍の登録事項に変更がある場合には先に医籍の訂正申請を行い、その完了後に、臨床研修修了登録証の再交付申請ではなく、「書換交付」申請を行うこと。
※書換交付申請にあたり、臨床研修修了登録証の原本を紛失している場合は、原本の代わりにこの再交付申請書を添付すること。

※再交付申請の理由が「紛失」の場合は添付不要です。

【記入例】

臨床研修修了登録証



臨床研修を修了したことを認証し
医師法(昭和23年法律第201号)に
より医籍に登録する
よってこの証を交付する

令和7年4月5日

厚生労働大臣 ○○ ○○

A 本登録は 令和7年4月5日
医籍第 987654 号 に登録

医師免許証及び再交付申請書と一致すること。

厚生労働省医政局長 ○○ ○○

再交付申請書及び登録証と一致すること

【みほん】

医師免許証



大阪府



厚生健康

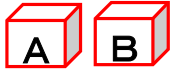


平成七年四月二十三日生

令和〇〇年施行第××回医師
国家試験に合格したことを認証し
医師法（昭和二十三年法律第二百一号）に
より医師の免許をあたえる
よって、この証を交付する

令和五年四月二日

厚生労働大臣
医務技監
厚生労働省医政局長
〇〇〇
〇〇〇
〇〇〇
〇〇〇



本免許は令和五年四月二日
第九八七六五四号をもって医籍に登録

臨床研修修了登録証再交付申請書の記入事項について

(相 関 図)



【記入例】

※再交付申請の理由が「紛失」の場合は添付不要です。

臨床研修修了登録証

医師免許証及び再交付申請書と一致すること。

C 大阪府

D 厚生 健康

E 平成7年4月23日 生

臨床研修を修了したことを認証し
医師法(昭和23年法律第201号)に
より医籍に登録する
よってこの証を交付する

令和7年4月5日

厚生労働大臣 ○○ ○○

A 本登録は 令和7年4月5日
医籍第 987654 号に 登録

医師免許証及び再交付申請書と一致すること。

厚生労働省医政局長 ○○ ○○

【臨床研修修了登録証再交付申請書の記入例】

※ 臨床研修修了登録年月日 収入印紙 (収入印紙)	3,100円分の収入印紙を貼ること ※収入印紙ではありません ※糊封ではなく貼り付けのこと
臨床研修修了登録証再交付申請書	
医 籍 第 A 9 8 7 6 5 4 号	医 籍 年 月 日 B 0 5 年 0 4 月 0 2 日
医師免許証及び登録証と一致すること	
本 (国 籍) C 大 阪 道 府	
医師免許証及び登録証と一致すること、括弧での申請は不可 ※医籍の登録事項に変更が生じている場合は、再交付申請ではなく 醫換交付申請が必要。	
ふりがな (氏) D 厚 生 健 康	
氏 名	
通 称 名	
生 年 月 日 E 平 成 7 年 0 4 月 2 3 日	
日本国籍の者 一 和 語、外国籍の者 一 西 語 で 記 載	
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 8 年 4 月 1 日 ← 日付を記載 (研修修了年月日以降)	
郵 便 番 号 548-2100 連絡先電話番号 06-0000-XXXX 連絡先E-mail @ mhlw.go.jp	
住 所 ●▲ 都 道 府 県 ○△市口×町1の1 ◇▼マンション1101号	
厚生労働大臣 殿	
○ 氏名・本籍地都道府県等の医籍の登録事項に変更がある場合には先に医籍の訂正申請を行い、その完了後に、臨床研修修了登録証の再交付申請ではなく、「醫換交付」申請を行うこと。 ※醫換交付申請にあたり、臨床研修修了登録証の原本を紛失している場合は、原本の代わりにこの再交付申請書を添付すること。	

A 本 免 許 は 令 和 五 年 四 月 二 日
第 九 八 七 六 五 四 号 を も っ て 医 籍 に 登 録

令和五年四月二日

厚生労働大臣
○ ○ ○

医 務 技 監
○ ○ ○

厚生労働省医政局長
○ ○ ○

よって、この証を交付する

より医師の免許をあたえる

医師法(昭和二十三年法律第二百一十号)に
国家試験に合格したことを認証し
令和〇〇年施行第××回医師
令和〇〇年施行第××回医師

【みほん】

C 大 阪 府

D 厚 生 健 康

E 平 成 七 年 四 月 二 十 三 日 生

医師免許証

各アルファベットごとに一致します。