

# 臨床研修修了登録証書換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

写しではなく「原本」を添付してください。  
原本を紛失している場合は、再交付申請  
書を添付してください。

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

医師の種類 (○で囲む)
医師・歯科医師
住所氏名
〒( )-( )

医師の種類 (○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  
◇▽マンシエン1101号

# 【臨床研修修了登録証書換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  
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書換交付申請書

医籍登録番号 第 **A** 9 8 7 6 5 4 号 医籍登録年月日 **B** 平成 0 5 年 0 4 月 0 2 日

変更を生じた事項

	変更前	変更後（第1回）	変更後（第2回）
本籍（国籍）	<b>F</b> 兵庫 都府 <b>C</b> 道県	大阪 都府 道県	都道
ふりがな	(氏) ろうどう (名) けんこう	(氏) こうせい (名) けんこう	医籍訂正後の医師免許証と一致すること 外国籍の者は国籍を記載すること
氏名	<b>G</b> 労働 健康	<b>D</b> 厚生 健康	医籍訂正後の医師免許証と一致すること
通称名			外国籍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
性別	男・ <b>H</b> 女	<b>E</b> 男・女	
生年月日	昭和 平成 0 4 月 2 3 日	昭和 平成 0 4 月 2 3 日	

日本国籍の者→和暦、外国籍の者→西暦で記載

上記により、臨床研修修了登録証の書換交付を申請します。

令和 8 年 4 月 1 日 ← 日付を記載

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 道県 ○△市口×町1の1 ◇▽マンション1101号

氏名 厚生 健康 生年月日 昭和 平成 0 4 月 2 3 日

日本国籍の者→和暦、外国籍の者→西暦で記載

厚生労働大臣 殿

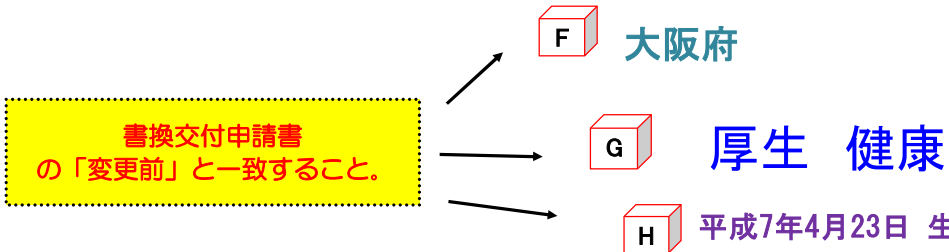
○ 臨床研修修了登録証の書き換え交付を申請する場合は、氏名・本籍地について先に医籍の訂正申請を行い、その完了後に申請を行うこと。

（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！

※紛失している場合は、原本の代わりに「再交付申請書」を添付すること。

【みほん】

# 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

医師免許証及び書換交付申請書と一致すること。

厚生労働省医政局長 ○○ ○○

書換交付申請書の「変更後」と一致すること

# 医師免許証

【みほん】

**C**  
大阪府

**D**  
厚生健康

**E**  
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

**A** **B**  
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書 換交付申請書の記入事項について

(相 関 図)



【お留心】 ※紛失している場合は、原本の代わりに「再交付申請書」を添付すること。

## 臨床研修修了登録証

F 大阪府  
G 厚生 健康  
H 平成7年4月23日 生

換交付申請書の「変更前」と一致すること。

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  
A 医籍第 987654 号に登録  
 医師免許証及び換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書換交付申請書の記入例】

臨床研修修了登録証書換交付申請書

収入印紙欄  
 収入印紙額  
 ※100円分の収入印紙を貼ること  
 ※収入印紙ではありません  
 ※同時に貼る必要はありません

臨床研修修了登録年月日

登録番号 第 A 087654 号 登録年月日 B 令和7年04月02日

変更を伴った事項

変更前	変更後(第1回)	変更後(第2回)
本籍(国籍) <span>F</span> 兵庫県	<span>G</span> 大阪府	大阪府
ふりがな(氏名) <span>G</span> あらどろ (名) けんこう	<span>D</span> (氏名) こうせい (名) けんこう	こうせい (名) けんこう
氏名 <span>G</span> 労働 健康	<span>D</span> 厚生 健康	厚生 健康
通称名		
性別	男・女	男・女
生年月日 <span>H</span> 昭和30年04月23日	<span>E</span> 令和7年04月23日	令和7年04月23日

訂正後の医師免許証と一致すること  
 外国籍の者は国籍を記載すること  
 換交付申請書の「変更後」と一致すること  
 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

上記により、臨床研修修了登録証の書換交付を申請します。

令和 8 年 4 月 1 日

郵便番号 543-2100 〒大阪府吹上区 市川 1-1-101 市川マンション1101号

住所 ●▲ 都道府県 ○△市口×町1の1 ◇マンション1101号

氏名 厚生 健康 生年月日 令和7年04月23日

厚生労働大臣 殿

○ 臨床研修修了登録証の書き換え交付を申請する場合は、氏名・本籍地について先に医籍の訂正申請を行い、その完了後に申請を行うこと。

換交付申請書の「変更後」と一致すること

【みほん】

A 第九八七六五四号をもって医籍に登録  
B 本免許は 令和六年五月二日  
C 大阪府  
D 厚生 健康  
E 平成七年四月二十三日生

令和六年四月二日

厚生労働大臣 ○○○  
 医務技監 ○○○  
 厚生労働省医政局長 ○○○  
 令和六年五月二日 ○○○

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二百一十号)に  
 よって、この証を交付する

各アルファベットごとに一致します。