様式３

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 （国籍等）	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