

# 必要書類等

A4版に縮小コピー  
してください。

③ 医師免許証  
(写)

② 修了証 (写)

① 申請書

① 申請書

申請用封筒

570円分の切手を  
貼ってください。  
(金額が変動する場合がありますので、  
厚生労働省ホームページで必ず確認して  
ください。)

コピー  
してください。

送付用封筒

570円分の切手を  
貼ってください。

3,100円分の収入印紙を貼ってください。

# 登録証送付用封筒

(臨床研修修了登録証送付用)

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

560円分の切手を貼ること。

書留

二ツ折厳禁

厚生健康殿

▽ ●  
□ ▲  
マ 県  
ン ○  
シ △  
ヨ 市  
ン ◇  
1 ×  
1 町  
0 1  
1 の  
1 号  
1

|              |
|--------------|
| 免許の種類 (○で囲む) |
| 医師・歯科医師      |

登録証を送付する際の注意書きです。  
申請時に同封の際には折り曲げて構いません

勤務先や実家等、書留郵便が日中に確実に受け取れる住所を記載すること。

※交付申請書に記載の住所と一致していなくても構いません。

# 登録申請用封筒

(臨床研修修了登録証申請用)

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | 6 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|

560円分の切手を貼ること。

書留

東海北陸厚生局健康福祉部  
臨床研修担当医事課

名古屋市東区白壁一丁目十五番一  
名古屋合同庁舎第3号館

|              |
|--------------|
| 免許の種類 (○で囲む) |
| 医師・歯科医師      |
| 住所・氏名        |
| 〒( )-( )     |
|              |
|              |

郵便番号・住所・氏名を記載すること。

※  
臨床研修修了  
登録年月日

収入印紙欄  
(収入印紙は消印しないで下さい)  
**3,100円分の収入印紙を貼ること**

## 医師 臨床研修修了登録証交付申請書

|                       |        |   |   |   |   |   |   |   |                            |   |    |    |   |   |   |   |   |
|-----------------------|--------|---|---|---|---|---|---|---|----------------------------|---|----|----|---|---|---|---|---|
| 医<br>登<br>録<br>番<br>号 | 籍<br>第 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 号 | 医<br>登<br>録<br>年<br>月<br>日 | 籍 | 平成 | 22 | 年 | 4 | 月 | 2 | 日 |
|-----------------------|--------|---|---|---|---|---|---|---|----------------------------|---|----|----|---|---|---|---|---|

1. 修了した臨床研修に係る研修プログラムの番号及び名称

|                   |                 |
|-------------------|-----------------|
| プログラム番号           | 研修プログラムの名称      |
| 0 3 0 4 1 6 3 0 1 | 〇〇病院医師臨床研修プログラム |

2. 研修開始年月日及び研修修了年月日

|              |               |
|--------------|---------------|
| 開始年月日        | 修了年月日         |
| 平成 22年 4月 1日 | 平成 24年 3月 31日 |

3. 臨床研修修了証を交付された臨床研修病院等の番号及び名称

|             |              |
|-------------|--------------|
| 病院施設番号      | 臨床研修病院等の名称   |
| 0 3 0 4 1 6 | 医療法人〇〇会 〇〇病院 |

上記により、臨床研修修了登録証の交付を申請します。

平成 24年 4月 1日 ← **日付を記載（4月1日以降）**

|           |         |                           |
|-----------|---------|---------------------------|
| 本<br>(国籍) | 愛知 都道府県 | ← <b>日本国籍を持たない者は国籍を記載</b> |
|-----------|---------|---------------------------|

|       |                                |         |                  |           |                    |
|-------|--------------------------------|---------|------------------|-----------|--------------------|
| 郵便番号  | 461-0011                       | 連絡先電話番号 | 052 ( xxx ) xxxx | 連絡先E-mail | *****@****.***.*** |
| 連絡先住所 | ●▲ 都道府県 ○△市◇×町1の1 ▽□マンション1101号 |         |                  |           |                    |

|      |    |      |     |      |   |    |   |
|------|----|------|-----|------|---|----|---|
| ふりがな | 氏  | こうせい | (名) | けんこう | 印 | 性別 | 男 |
| 氏名   | 厚生 | 健康   | (印) | 女    |   |    |   |

**必ず医師免許証と一致すること。旧姓での申請は不可。**

|     |  |
|-----|--|
| 通称名 | 外国籍の医師の中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 | 60 | 年 | 4 | 月 | 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 **記載不要** 殿

|            |            |
|------------|------------|
| ※厚生労働省の受付印 | ※地方厚生局の受付印 |
|------------|------------|

**氏名・本籍地都道府県名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交付申請を行うこと。**

## 臨床研修修了証

|  |                      |  |
|--|----------------------|--|
| ふ<br>り<br>が<br>な<br>研<br>修<br>医<br>の<br>氏<br>名 | <b>G</b><br><b>H</b> | こうせい<br>けんこう<br>厚生 健康  |
| 生年月日   | <b>I</b>             | (昭和) 平成 60 年 4 月 3 日   |
| 医籍登録番号<br>及び登録年月日                              | <b>A</b><br><b>B</b> | 第 987654 号<br>平成 22 年 4 月 2 日  |
| 修了した臨床研修に係る研<br>修プログラムの番号及び名<br>称              | <b>C</b>             | プログラム番号<br>0 3 0 4 1 6 3 0 1<br>研修プログラムの名称<br>〇〇病院医師臨床研修プログラム<br>※研修中断により複数のプログラムを履修<br>した場合は、修了認定を行ったプログラム<br>を記入 |
| 研修開始年月日<br>及び研修修了年月日                           | <b>D</b>             | 平成 22 年 4 月 1 日開始<br>平成 24 年 3 月 31 日修了  |
| 臨床研修を行った臨床研修<br>病院の病院施設番号及び名<br>称              | <b>E</b>             | 病院施設番号<br>0 3 0 4 1 6<br>基幹型臨床研修病院の名称<br>〇〇医療法人〇〇会 〇〇病院<br>※研修中断により複数のプログラムを履修<br>した場合は、修了認定を行った病院を記入              |
|  |                      | 協力型臨床研修病院の名称   |
| 臨床研修協力施設で研修を<br>行った場合にはその名称                    |                      |  |

※研修中断により複数のプログラムを履修した場合には、修了認定を行った以外のプログラム及び当該プログラムを履修した病院の名称について、別紙に記載すること。

上の者は、〇〇プログラムの課程を修了したことを認定する。

平成 年 月 日

〇 〇 病院 院 長

〇〇病院研修管理委員会委員長

A4版に縮小コピーして下さい。

# 医師免許証

F

愛知県

H

厚生 健康

I

昭和六十年四月三日生

平成××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号）に  
より医師の免許をあたえる  
よつてこの証を交付する

平成 ××年×月 ×日

厚生労働大臣

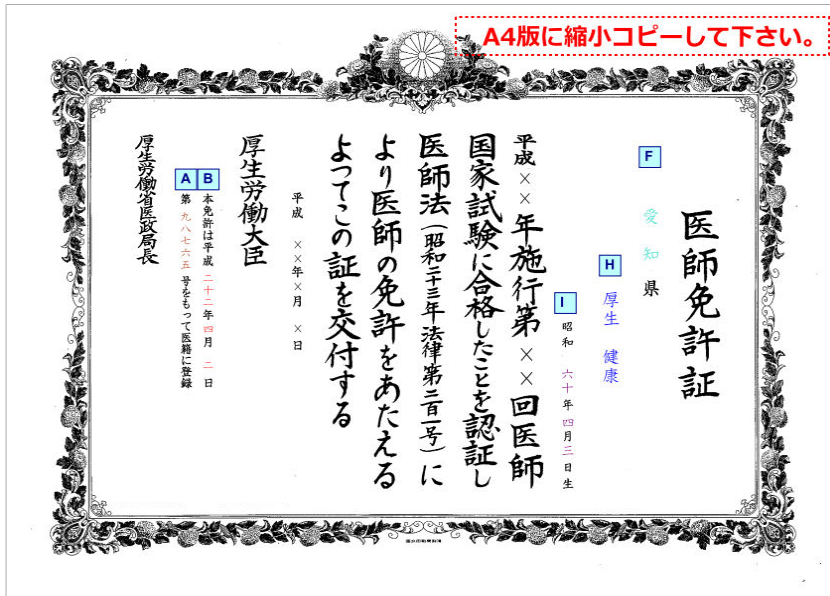
A B

本免許は平成二十二年四月二日  
第九八七六五号をもって医籍に登録

厚生労働省医政局長

# 相関図

各アルファベット毎に  
一致します。



※臨床研修修了登録年月日

収入印紙欄  
(収入印紙は消印しないで下さい)  
3,100円分の収入印紙を貼ること

臨床研修修了登録証交付申請書

医師登録番号 第 9 号  
登録年月日 平成 22 年 4 月 2 日

1. 修了した臨床研修に係るプログラム番号及び名称  
プログラム番号: 030416301  
研修プログラムの名称: ○○病院医師臨床研修プログラム

2. 研修開始年月日及び研修修了年月日  
開始年月日: 平成 22 年 4 月 1 日  
修了年月日: 平成 24 年 3 月 31 日

3. 臨床研修修了証を交付された臨床研修病院等の番号及び名称  
病院施設番号: 030416  
臨床研修病院等の名称: 医療法人○○会 ○○病院

上記により、臨床研修修了登録証の交付を申請します。  
平成 24 年 4 月 1 日 ← 日付を記載 (4月1日以降)

本(国籍) 愛知 都道府県 ← 日本国籍を持たない者は国籍を記載

郵便番号 461-0011 連絡先電話番号 052 (xxx) xxxx 連絡先E-mail \*\*\*\*\*@\*\*\*\*.\*\*\*

連絡先住所 ●▲ 県(市) ○△市×町1の1 ▽ロマンション1101号

ふりがな (氏) 厚生 健康 (名) けんこう 印  
氏名 厚生 健康 (印) 性別 男  
必ず医師免許証と一致すること。旧姓での申請は不可。

通称名 外国籍の医師の中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 60 年 4 月 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 記載不要 殿

※厚生労働省の受付印 ※地方厚生局の受付印

氏名・本籍地都道府県名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交付申請を行うこと。

臨床研修修了証 様式 14

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| ふりがな<br>研修医の氏名                      | G<br>昭和<br>H<br>厚生 健康   |
| 生年月日                                | I<br>平成 60 年 4 月 3 日  |
| 医籍登録番号<br>及び登録年月日                   | A<br>平成 22 年 4 月 2 日<br>B   |
| 修了した臨床研修に係るプログラム番号<br>及びプログラム番号及び名称 | C<br>プログラム番号<br>030416301<br>研修プログラムの名称<br>○○病院医師臨床研修プログラム<br>※研修中断により複数のプログラムを履修した場合は、修了認定を行ったプログラムを記入 |
| 研修開始年月日<br>及び研修修了年月日                | D<br>平成 22 年 4 月 1 日開始<br>平成 24 年 3 月 31 日修了  |
| 臨床研修を行った臨床研修病院の病院施設番号及び名称           | E<br>病院施設番号<br>030416<br>基幹型臨床研修病院の名称<br>○○医療法人○○会 ○○病院<br>※研修中断により複数のプログラムを履修した場合は、修了認定を行った病院を記入       |
| 臨床研修協力施設で研修を行った場合にはその名称             |   |

※研修中断により複数のプログラムを履修した場合には、修了認定を行った以外のプログラム及び当該プログラムを履修した病院の名称について、別紙に記載すること。

上の者は、○○プログラムの課程を修了したことを認定する。

平成 年 月 日

○ ○ 病院 院長  
○ ○ 病院研修管理委員会委員長