様式第三号及び様式第四号を次のように改める。

様式第三号（第十四条関係）

保険医登録票

登録の記号及び番号			登録年月日		
医師・歯科医師	氏名		明・大・昭・平・令　年　月　日生		男・女

上記のとおり登録したことを証明する。

令和　年　月　日

地方厚生（支）局長　印

備　考　この用紙は、Ｂ列７番とすること。