様式第二号（第二十二条関係）

※ 臨床研修修了 登録年月日	

収　入　印　紙　欄
（消 印 し な い 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							号	医籍登録年月日	平成 令和			年			月			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）	都道 府県		都道 府県		都道 府県	
ふりがな	(氏)	(名)	(氏)	(名)	(氏)	(名)
氏名						
通称名						
性別	男・女		男・女		男・女	
生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日		昭和 平成 令和　　年　　月　　日			

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　　年　　月　　日

郵便番号	－	電話番号	（　　）			
住所	都道 府県	市 郡	区	町 村	番	番地 号
氏名		生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日

厚生労働大臣　殿

（注）１　※印欄には、記入しないこと。
　　　２　該当する不動文字を○で囲むこと。
　　　３　黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
　　　４　用紙の大きさは、A4とすること。