様式第三号（第二十三条関係）

※ 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再交付申請書

医籍 登録番号	第　　号	医籍 登録年月日	平成 令和　　年　　月　　日

本籍 （国籍）	都道 府県

ふりがな	（氏）	（名）	性別	男
氏名				女
通称名				

生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日

上記の臨床研修修了登録証を（**破った・汚した・失った**）ので、臨床研修修了登録証の再交付を申請します。

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	

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。

（北朝鮮当局によって拉致された被害者等の支援に関する法律に基づく国民年金の特例に関する省令の一部改正）

第百二条　北朝鮮当局によって拉致された被害者等の支援に関する法律に基づく国民年金の特例に関する省令（平成十四年厚生労働省令第百七十号）の一部を次の表のように改正する。

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
（請求者等の記載事項） **第四条**　前三条の規定によって提出する請求書又は申出書には、請求又は申出の年月日を記載しなければならない。	（請求者等の記載事項） **第四条**　前三条の規定によって提出する請求書又は申出書には、請求又は申出の年月日を記載し、記名押印又は自ら署名しなければならない。