様式第五号（第八条第二項関係）

※許可番号		※再交付年月日	

臨床修練許可証／臨床教授等許可証再交付申請書
APPLICATION FOR REISSUE OF CERTIFICATE OF PERMISSION OF ADVANCED CLINICAL TRAINING ／ CLINICAL TEACHING AND RESEARCH

許可証の種別 Type of Certification of Permission	□臨床修練許可証 Certification of Permission of Advanced clinical training □臨床教授等許可証 Certification of Permission of Clinical teaching and research		
許可番号 Permit No.		許可年月日 Date of Permit	年　月　日 Year　Month　Day

国籍 Nationality		出生地 Place of Birth	

氏名　Name (原語)(in Original Letters)	
(ローマ字) (in Roman Letters)	(Last)　(First)　(Middle)
(カタカナ) (in Japanese Katakana)	(Last)　(First)　(Middle)

性別 Sex	男 Male	女 Female

生年月日 Date of Birth	年　月　日 Year　Month　Day

上記の許可証を（破つた・汚した・失つた）ので、関係書類を添えて許可証の再交付を申請します。
I hereby apply for the reissue of the Certificate of Permission, and submit the necessary documents.

日本における居住地 Present Address in Japan	c／o　方
電話番号 Tel. No.	(　)
氏名 Name	(原語) (in Original Letters)
	(ローマ字) (in Roman Letters)　(Last)　(First)　(Middle)
	(カタカナ) (in Japanese Katakana)　(Last)　(First)　(Middle)
生年月日 Date of Birth	年　月　日 Year　Month　Day

厚生労働大臣　殿
To: Minister of Health, Labour and Welfare

(Date)　年　月　日
Year　Month　Day

署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
Signature