様式第四号（第七条第二項関係）

※許可番号		※書換交付年月日	

臨床修練許可証／臨床教授等許可証書換え交付申請書

APPLICATION FOR REWRITING 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 Year　月 Month　日 Day

変更を生じた事項
Items to change

	変更前 before Change	変更後 after Change
国籍 Nationality		
氏名 Name (原語) (in Original Letters)		
(ローマ字) (in Roman Letters)	(Last)　(First)　(Middle)	(Last)　(First)　(Middle)
(カタカナ) (in Japanese Katakana)	(Last)　(First)　(Middle)	(Last)　(First)　(Middle)
変更の事由 Reason for Change		

上記により、関係書類を添えて許可証の書換え交付を申請します。
As mentioned above, I hereby apply for rewriting 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 Year　月 Month　日 Day

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

(Date)　年 Year　月 Month　日 Day

署名
Signature