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 Year　月 Month　日 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 Year　月 Month　日 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 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