様式第一号(第二十一条関係)

※ 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

1. 修了した臨床研修に係る研修プログラムの番号及び名称

研修プログラムの番号									研修プログラムの名称

2. 臨床研修の開始年月日及び修了年月日

開始年月日										修了年月日									
平成 令和			年			月			日	平成 令和			年			月			日

3. 臨床研修修了証を交付した臨床研修病院等の番号及び名称

病院施設番号							臨床研修病院等の名称

上記により、臨床研修修了登録証を申請します。

令和　　年　　月　　日

本籍 (国籍等)	都道 府県

郵便番号	―	連絡先電話番号	(　　)

住所	都道 府県	市 郡	区	町 村	番地 番号

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

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。