|  |  |
| --- | --- |
| ※許可番号様式第一号（第四条第一項及び第五条第一項関係） |  |
| ※許可年月日 |  |

写　真

photo

40mm×30mm

収　入　印　紙　欄

revenue stamp

臨床修練／臨床教授等許可申請書

APPLICATION FOR PERMISSION FOR ADVANCED CLINICAL TRAINING ／ CLINICAL TEACHING AND RESEARCH

　厚生労働大臣　　　　　　　　　　　　殿

　To: Minister of Health, Labour and Welfare

外国医師等が行う臨床修練等に係る医師法第17条等の特例等に関する法律の規定に基づき、関係書類を添えて臨床修練又は臨床教授等の許可を申請します。

Under the provisions of the Law concerning the Exceptional Cases of the Medical Practitioners’　Act, Article 17, on the Advanced Clinical Training of Foreign Medical Practitioners, etc., I hereby apply for permission for advanced clinical training or clinical teaching and research, and submit the necessary documents.

|  |  |
| --- | --- |
| 目　的／Purpose | ■臨床修練／Advanced clinical training□臨床教授／Clinical teaching　□臨床研究／Clinical research |
| 国　籍Nationality |  | 生年月日Date of birth | 　　　　　年　 　月　　 日Year Month Day |
| 氏　名Name | 原語表記in the original letters |  |
| 英語表記in English |  |
| 日本語表記（カタカナ）in Japanese Katakana |  |
| 性　別／Sex | [ ] 男／Male　　[ ] 女／Female |
| 出生地／Place of birth |  |
| 本国における居住地Home town/city |  |
| 日本における居住地Address in Japan | 東京都世田谷区大蔵2-11-1 |
| 電話番号／Telephone No. | 03-3416-0181 |
| 臨床修練又は臨床教授等終了後の予定Plans after the advanced clinical training or clinical teaching and research | [ ] 帰国／Return to your country勤務予定先／Intended place of work　 [ ] その他／others　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 外国医師（歯科医師・看護師等）資格Foreign license ofmedical practitioner(dental practitioner・nurse) | 資格を取得した外国の国名Country where the license is obtained |  |
| 資格を取得した年月日Date when the license is obtained | 　　年　　　　月　　　　日　　Year Month Day |
| 資格の名称Name of the license | 原語表記in the original letters |  |
| 英語表記in English | Doctor |
| 日本語表記（カタカナ）in Japanese Katakana | イシ |
| 日本国及び外国において欠格事由に該当しない旨の申述Declaration that applicant has not come under grounds for disqualification in Japan or overseas | 成年被後見人又は被保佐人であることの有無An adult ward or a person under curatorship | [ ] なし／No[ ] あり／Yes |
| 罰金以上の刑に処せられたことの有無Fine or severer punishment | [ ] なし／No[ ] あり／Yes具体的内容／Details（　　　　　　 　　） |
| 医業停止等の行政処分を受けたことの有無license suspension | [ ] なし／No[ ] あり／Yes具体的内容／Details（　　　　　　 　　） |
| 医事に関し、犯罪又は不正の行為を行ったことの有無Criminal records concerning medical affairs | [ ] なし／No[ ] あり／Yes具体的内容／Details（　　　　　　 　　） |

**以上の記載内容は事実と相違ありません。**

**I hereby declare that the statement given above is true and correct.**

年　　　　月　　　　日

 Year Month Day

（注意）1.　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ列４番とすること。

（Remarks）　　Use the paper of Japan Industry Size Ａ４．

2.　※印の欄には、記入しないこと。

Column with ※sign is for official use only.

3.　黒ボールペンを用い、かい書又はブロック体ではっきり記入すること。

Write clearly in block letters with ball‐point pen.

4.　収入印紙には、消印をしないこと。

Don’t seal the revenue stamp.

5.　指示のない欄は日本語又は英語で記入すること。

Fill in Japanese or English except in indicated cases.