

〔別記様式（6）〕

麻酔科標榜許可書書換交付申請書

- 1 本籍 _____
- 2 住所 _____ TEL _____
- (勤務先) 施設名 _____
- 所在地 _____ TEL _____
- 3 氏名 _____ 生年月日 明大昭平 年 月 日
- 4 許可年月日 明大昭平 年 月 日
- 登録番号 麻第 _____ 号
- 5 医籍登録番号 第 _____ 号

麻酔科標榜許可書に次のとおり変更を生じたので書換交付願いたく戸籍謄（抄）本及び許可書を添えて申請します。

訂正事項 (変更前) _____

(変更後) _____

_____ 年 月 日 氏名 _____ 印

厚生労働大臣 殿

- (注) 1. 戸籍謄（抄）本及び先に交付した許可書を添付してください。
2. 再発行された許可書を返送するための封筒を同封してください。
- ※ 角 2 封筒に送付先（自宅又は勤務先、及び氏名）を記入し、205円分の切手を貼付したもの。なお、普通郵便以外（書留、配達記録等）による返送を希望する場合は、所要の額を加算してください。
3. 申請書類提出先、照会先
〒100-8916 千代田区霞が関1-2-2
厚生労働省 医政局 総務課
03-5253-1111（内2520）
4. 電子申請の場合、個人印は不要