年　　月　　日

（あて先）板橋区保健所長

住　　所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏　　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

免許本証・本人確認申告書

（診療に従事する医師・歯科医師について免許証の本証・本人確認した旨の書類）

下記医療従事者については、免許証及び本人であることを確認しました。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **氏名** | **免許種類（原本確認）****（丸を付けてください）** | **本人確認書類****（丸を付けてください）** |
|  | 医師　・　歯科医師 | マイナンバーカード ・ 運転免許証・ パスポート・ その他（　　　　　　　　　　　） |
| 臨床研修修了登録証 |
|  | 医師　・　歯科医師 | マイナンバーカード ・ 運転免許証・ パスポート・ その他（　　　　　　　　　　　） |
| 臨床研修修了登録証 |
|  | 医師　・　歯科医師 | マイナンバーカード ・ 運転免許証・ パスポート・ その他（　　　　　　　　　　　） |
| 臨床研修修了登録証 |
|  | 医師　・　歯科医師 | マイナンバーカード ・ 運転免許証・ パスポート・ その他（　　　　　　　　　　　） |
| 臨床研修修了登録証 |
|  | 医師　・　歯科医師 | マイナンバーカード ・ 運転免許証・ パスポート・ その他（　　　　　　　　　　　） |
| 臨床研修修了登録証 |

（注意）

本人確認書類は、公官庁発行の顔写真付きのもの（マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等）でお願いします。顔写真付きのもので確認できない場合は、複数の書類でご確認ください。

また、平成16年4月1日以降に医籍に登録された方、もしくは平成18年4月1日以降に歯科医籍に登録された方が管理者となる場合は、臨床研修修了登録証の原本も確認し、写しを提出してください。