

年 月 日

(あて先) 板橋区保健所長

住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあつては、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
	臨床研修修了登録証	・ パスポート ・ その他 ( )
	医師 ・ 歯科医師	マイナンバーカード ・ 運転免許証
	臨床研修修了登録証	・ パスポート ・ その他 ( )
	医師 ・ 歯科医師	マイナンバーカード ・ 運転免許証
	臨床研修修了登録証	・ パスポート ・ その他 ( )
	医師 ・ 歯科医師	マイナンバーカード ・ 運転免許証
	臨床研修修了登録証	・ パスポート ・ その他 ( )

(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) をお願いします。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。