

**「医療」に係る提出書類一覧  
(在留資格認定証明書交付申請用)**

| No. | 提出書類   | 提出の要否              |                            | チェック<br>ボックス |
|-----|--|--------------------|----------------------------|--------------|
|     |  | 所属機関のカテゴリー         |                            |              |
|     |  | カテゴリー 1<br>医師・歯科医師 | カテゴリー 2<br>医師・歯科医師以<br>外の者 |              |
| 1   | <b>在留資格認定証明書交付申請書</b>  | ○                  | ○                          | □            |
| 2   | 写真（縦 4 cm×横 3 cm）<br>※申請前 6 か月以内に正面から撮影された無帽、無背景で鮮明なもの。<br>※写真の裏面に申請人の氏名を記載し、申請書の写真欄に貼付してください。   | ○                  | ○                          | □            |
| 3   | 返信用封筒<br>（定形封筒に宛名及び宛先を明記の上、必要な額の郵便切手（簡易書留用）を貼付したもの）<br>※申請結果（在留資格認定証明書等）の返送に使用するものです。  | ○                  | ○                          | □            |
| 4   | <b>申請人が医師又は歯科医師の日本の資格を有することを証明する文書（免状又は証明書等の写し）</b>  | ○                  |                            | □            |
| 5   | <b>申請人が次のいずれかの日本の資格を有することを証明する文書（免状又は証明書等の写し）</b><br>（1）薬剤師<br>（2）保健師<br>（3）助産師<br>（4）看護師<br>（5）准看護師<br>（6）歯科衛生士<br>（7）診療放射線技師<br>（8）理学療法士<br>（9）作業療法士<br>（10）視能訓練士<br>（11）臨床工学技士<br>（12）義肢装具士 |                    | ○                          | □            |
| 6   | <b>勤務する機関の概要（病院、診療所等設立に許可を受けることを要する機関の場合は、当該許可を受けた年月日を明示したもの）を明らかにする資料</b>   |                    | ○                          | □            |