

※登録番号

※登録年月日

収入印紙欄
（消印しないこと。）

再教育研修修了登録証申請書

歯科医籍登録番号第号

大正昭和平成令和年

月

日

1再教育研修の開始年月日及び修了年月日

開始年月日

修了年月日

2個別研修に係る再教育命令を受けた者にあつては、助言指導者の氏名

助言指導者の氏名

上記により、再教育研修修了登録証を申請します。

令和 年 月 日

本籍(国籍)

都道府県

郵便番号—電話番号()

住所都道府県

ふりがな(氏)(名)

氏名

通称名

性別男女

生年月日大正昭和平成令和年

月

日

厚生労働大臣殿

- (注意) 1 ※印欄には、記入しないこと。
2 該当する不動文字を○で囲むこと。
3 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
4 用紙の大きさは、A4とすること。