

第二号の四書式(第十条の四関係)

※登録番号		収 入 印 紙 欄 (消印しないこと。)	
※登録年月日			

再教育研修修了登録証再交付申請書

歯科医籍 登録番号	第								号	歯科医籍 登録年月日	大正							年					月					日
本 籍 (国 籍)	都 道 府 県									再教育研修修了登録年月日	平成							年					月					日

ふりがな	(氏)	(名)
氏 名		
通 称 名		

性 別	男
	女

生 年 月 日	大正													年														月								日
	昭和																																			
	平成																																			
	令和																																			

上記の再教育研修修了登録証を(破った・汚した・失った)ので、再教育研修修了登録証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

郵便番号	電話番号	()
住 所	都 道 府 県	
氏 名		

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。