

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収	入	印	紙	欄
(消し印しないこと。)				

再教育研修修了登録証申請書

歯科医籍 登録番号	第						号	歯科医籍 登録年月日	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										
平成 令和			年			月		日	平成 令和			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 (国籍)	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		
	(旧姓)	
通 称 名		

性 別	男
	女

生 年 月 日	大正 昭和 平成 西暦								年			月			日
---------	----------------------	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

厚生労働大臣 殿

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