第二号の三書式（第十条の三関係）

※ 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書換交付申請書

歯科医籍登録番号	第							号	歯科医籍登録年月日	大正 昭和 平成 令和			年			月			日
									再教育研修修了登録年月日	平成 令和			年			月			日

変更を生じた事項

	変更前		変更後（第1回）		変更後（第2回）	
本籍（国籍）	都道府県		都道府県		都道府県	
ふりがな	（氏）	（名）	（氏）	（名）	（氏）	（名）
氏名						
	（旧姓）		（旧姓）		（旧姓）	
通称名						
性別	男・女		男・女		男・女	
生年月日	大正 昭和 平成 令和 西暦	年 月 日	大正 昭和 平成 令和 西暦	年 月 日		

上記により、再教育研修修了登録証の書換交付を申請します。

令和　　年　　月　　日

郵便番号	―	電話番号	（　　）
住所	都道府県		
氏名		生年月日	大正 昭和 平成 令和 西暦　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。