

※ 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 昭和 平成 令和			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 令 和			年			月			日

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 令和 西暦							年			月			日
------	----------------------------	--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

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)
- ※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。