

様式第三号(第二十三条関係)

※ 臨床研修修了 登録年月日		収 入 印 紙 欄 (消 印 し な い こ と。)
----------------------	--	-------------------------------

臨床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	平 成 令 和		年		月		日
--------------------	---	--	--	--	--	--	---	----------------------	------------	--	---	--	---	--	---

本 籍 (国 籍)	都 道 府 県
----------------	------------

ふ り が な	(氏)	(名)
氏 名		
通 称 名		

性別	男
	女

生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和					年			月		日
---------	-------------------	--	--	--	--	---	--	--	---	--	---

上記の臨床研修修了登録証を(破った・汚した・失った)ので、臨床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	一	電話番号	()
住 所	都 道 府 県	市 郡 区	町 村 番 地 号
氏 名			

厚生労働大臣 殿

- (注) 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 黒ボールペンをうい、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。