

様式第一号(第二十一条関係)

※ 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
--------------	---	--	--	--	--	--	--	---	---------------	----------	--	--	---	--	--	---	--	--	---

1. 修了した臨床研修に係る研修プログラムの番号及び名称

研修プログラムの番号	研修プログラムの名称

2. 臨床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	平成 令和
年	年
月	月
日	日

3. 臨床研修修了証を交付した臨床研修施設等の番号及び名称

研修施設番号	臨床研修施設等の名称

上記により、臨床研修修了登録証を申請します。

令和 年 月 日

本 (国籍等)	籍 都道府県
------------	-----------

郵便番号	—	連絡先電話番号	()			
住 所	都道府県	市郡	区	町村	番	地号

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
---------	----------------	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

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。