

※ 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	明治						年			月			日
								大正												
本籍 (国籍)						都道府県	再教育研修修了 登録年月日	平成						年			月			日

ふりがな	(氏)	(名)
氏名		
通称名		

性別	男
	女

生年月日	明治													年						日
	大正																			

上記の再教育研修修了登録証を(破つた・汚した・失つた)ので、再教育研修修了登録証の再交付を申請します。

平成 年 月 日

郵便番号	電話番号	()	
住所	都道府県	市区町村	番地
	府県	郡	番号
氏名		印	

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 記名押印に代えて、署名することができる。
 - 5 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とすること。