※ 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

1　再教育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　　年　　月　　日	平成 令和　　年　　月　　日

2　個別研修に係る再教育命令を受けた者にあつては、助言指導者の氏名

助言指導者の氏名

上記により、再教育研修修了登録証を申請します。

令和　　年　　月　　日

本籍 （国籍）	都道 府県

郵便番号	－	電話番号	（　　）
住所	都道 府県		

ふりがな	（氏）	（名）	性別	男
氏名				女
	（旧姓）			
通称名				

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。