※ 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。

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）　１　※印欄には、記入しないこと。
２　該当する不動文字を〇で囲むこと。
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。