※ 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		
通称名		

性別	男
	女

生年月日	大正・昭和・平成・令和　　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		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　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、A4とすること。