※ 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書換交付申請書

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
		再教育研修修了登録年月日	平成・令和　　年　　月　　日

変更を生じた事項

	変更前		変更後（第１回）		変更後（第２回）	
本籍（国籍）	都道府県		都道府県		都道府県	
ふりがな	（氏）	（名）	（氏）	（名）	（氏）	（名）
氏名						
通称名						
性別	男・女		男・女		男・女	
生年月日	大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日		大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日			

上記により、再教育研修修了登録証の書換交付を申請します。

令和　　年　　月　　日

郵便番号	－　　電話番号　（　　）		
住所	都道府県		
氏名		生年月日	大正・昭和・平成・令和　　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。