※ 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		

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。