様式第二号（第二十二条関係）

※ 臨床研修修了 登録年月日	

収入印紙欄 （消印しないこと。）

臨床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	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	昭和 平成 令和　　年　　月　　日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日	

上記により、臨床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　　市 郡　　区　　町 村　　番　　番地 号		
氏名		生年 月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日

厚生労働大臣　殿

（注）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。