様式第三号（第二十三条関係）

※ 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	平成 令和　　年　　月　　日

本籍 （国籍）	都道 府県

ふりがな	（氏）	（名）
氏名		
通称名		

性別	男
	女

生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日

上記の臨床研修修了登録証を（**破った・汚した・失った**）ので、臨床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　　市 郡　　区　　町 村　　番　　番地 号
氏名	

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。