第二号の四書式(第十条の四関係)

| | |
|---|---|
| ※登録番号 | |
| ※登録年月日 | |

| |
|---|
| 収　入　印　紙　欄<br>(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<br>登録番号 | 第　　号 | 歯科医籍<br>登録年月日 | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和　　年　　月　　日 |
| 本　籍<br>(国　籍) | 都道<br>府県 | 再教育研修修了登録年月日 | 平成<br>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<br>昭和<br>平成<br>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<br>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○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。