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　番地番号
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。