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	番地 番号
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。