

※
臨床研修修了
登録年月日

受 入 印 紙 欄
(受入印紙は消印しないで下さい)

歯科医師 臨床研修修了登録証交付申請書

歯科医籍登録番号	第	号	歯科医籍登録年月日	平成	年	月	日
----------	---	---	-----------	----	---	---	---

1. 修了した臨床研修に係る研修プログラムの番号及び名称

プログラム番号	研修プログラムの名称

2. 研修開始年月日及び研修修了年月日

開始年月日	修了年月日
平成 年 月 日	平成 年 月 日

3. 臨床研修修了証を交付された臨床研修施設等の番号及び名称

研修施設番号	臨床研修施設等の名称

上記により、臨床研修修了登録証の交付を申請します。

平成 年 月 日

本籍 (国籍)	都道府県
------------	------

郵便番号	連絡先電話番号	()	連絡先E-mail
連絡先住所	都道府県		

ふりがな	(氏)	(名)	印
氏名			
通称名			

性別	男
	女

生年月日	昭和 年 月 日
	平成 年 月 日

厚生労働大臣 殿

※ 厚生労働省の受付印	※ 地方厚生局の受付印

歯科医師臨床研修修了登録証交付申請手続

I 臨床研修修了登録証交付申請に必要な書類について

- (1) 歯科医師臨床研修修了登録証交付申請書（厚生労働省で配付した申請書を必ず使用して下さい。）
- (2) 臨床研修修了証の写し（臨床研修施設等から交付された臨床研修修了証を日本工業規格A列4番の大きさに複写して添付して下さい。）
- (3) 歯科医師免許証の写し（日本工業規格A列4番の大きさに複写して添付して下さい。）
- (4) 臨床研修修了登録証送付用封筒（570円分の切手を貼って下さい。）

郵便書留で郵送しますので確実に受け取りのできる住所を記入して下さい。不在等で配達ができない場合が多くなっていますので、自宅で受領できない可能性がある場合は、勤務先病院等の住所を記入して下さい。

II 臨床研修修了登録証交付申請書の書き方について

- (1) 該当する不動文字を○で囲み、※印のある欄は記入しないで下さい。
数字は右側につめて記入して下さい。例「□13」
- (2) 文字はかい書で正確に記入して下さい。
- (3) プログラム番号及び研修プログラムの名称は、臨床研修修了証を参照し記入して下さい。
- (4) 本籍は、歯科医師免許証と同一として下さい。（注：歯科医籍訂正が必要な方はVを参照）
- (5) 連絡先電話番号及びE-mailを記入する際は、申請内容の確認などで連絡する場合があるので、確実に連絡がとれるものとして下さい。（迷惑メール防止のためにドメイン指定受信などの機能を使っている場合、「mhw.go.jp」を指定ドメインに入れておかないと受信できません。）
- (6) 氏名については、歯科医師免許証と同一とし、記名押印又は署名のいずれかにより記入して下さい。
(注：歯科医籍訂正が必要な方はVを参照)
日本の国籍を持たない者で、歯科医師免許証に通称名が併記されている者は、氏名欄下の枠内に通称名及びふりがなを記入して下さい。
- (7) 日本の国籍を持たない者は、本籍欄に国籍を、生年月日については西暦で記入して下さい。

III 交付に係る手数料の納め方について

交付手数料として、3,100円分の収入印紙を申請書の収入印紙欄に貼って下さい。（収入印紙は絶対に消印しないで下さい。）領収書の場合は、申請書を記入後、裏面に貼って下さい。

IV 臨床研修修了登録証交付申請書の提出方法について

歯科医師臨床研修修了登録証交付申請書、臨床研修修了証の写し、歯科医師免許証の写しの順にそろえ、右上部のホチキス位置で止め、臨床研修修了登録証送付用封筒を同封の上、郵便書留にて担当する地方厚生局へ提出して下さい。

V 歯科医籍訂正の申請中又は申請が必要な場合について

臨床研修修了登録証は、歯科医籍の登録事項に基づいて交付するので、氏名・本籍地都道府県名等の歯科医籍の登録事項に変更がある場合は、先に歯科医籍の訂正申請を行い、その終了後に臨床研修修了登録証の交付申請を行って下さい。