

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

|            |   |   |   |   |
|------------|---|---|---|---|
| 収          | 入 | 印 | 紙 | 欄 |
| (消印しないこと。) |   |   |   |   |

再教育研修修了登録証申請書

|              |   |  |  |  |  |  |  |   |               |                      |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |
|--------------|---|--|--|--|--|--|--|---|---------------|----------------------|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|
| 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 |
|--------------|---|--|--|--|--|--|--|---|---------------|----------------------|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|

1 再教育研修の開始年月日及び修了年月日

| 開始年月日    |  |  |  |  |  |  |  |   |  | 修了年月日 |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |   |          |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|---|--|-------|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|---|----------|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|
| 平成<br>令和 |  |  |  |  |  |  |  | 年 |  |       |  |  |  |  |  |  | 月 |  |  |  |  |  |  |  | 日 | 平成<br>令和 |  |  |  |  |  |  |  | 年 |  |  |  |  |  |  |  | 月 |  |  |  |  | 日 |

2 個別研修に係る再教育命令を受けた者にあつては、助言指導者の氏名

|          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 助言指導者の氏名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

上記により、再教育研修修了登録証を申請します。

令和 年 月 日

|                  |            |
|------------------|------------|
| 本 籍<br>( 国 籍 等 ) | 都 道<br>府 県 |
|------------------|------------|

|      |   |      |     |
|------|---|------|-----|
| 郵便番号 | — | 電話番号 | ( ) |
|------|---|------|-----|

|     |            |
|-----|------------|
| 住 所 | 都 道<br>府 県 |
|-----|------------|

|         |     |     |
|---------|-----|-----|
| 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 |
|---------|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- ※印欄には、記入しないこと。
  - 該当する不動文字を○で囲むこと。
  - 黒ボールペンをを用い、かい書ではっきり記入すること。
  - 用紙の大きさは、A4とすること。