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。

歯科医師臨床研修修了登録証再交付申請手続

※臨床研修修了登録証の発行には、概ね3～4カ月程度の期間を要します。

Ⅰ　臨床研修修了登録証再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再交付申請書（厚生労働省で配布した申請書を必ず使用して下さい。）

（2）　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。）

（3）　臨床研修修了証（破り、又は汚した場合）（失った場合は不要）

（4）　臨床研修修了登録証送付用封筒（**660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載して下さい。

Ⅱ　臨床研修修了登録証再交付申請書の書き方について

（1）　該当する不動文字を〇で囲み、※印の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「 1 3 」

（2）　文字は**かい書で正確**に記入して下さい。

（3）　電話番号の右の空欄部分に必ず、メールアドレスを記入して下さい。

（4）　連絡先E-mailを記入する際は、迷惑メール設定などが設定されていない確実に連絡がとれるものとして下さい。

（5）　氏名については、歯科医師免許証を参照し、記名して下さい。

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。

（6）　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　再交付に係る手数料の納め方について

再交付手数料として、**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。）

Ⅳ　臨床研修修了登録証再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再交付申請書、歯科医師免許証の写しの順にそろえ、右上部をホチキスで止め、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。