

※ 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 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

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(575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○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。