

※ 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

研修プログラムの番号	研修プログラムの名称

2. 臨床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			年			月			日	平成			年			月			日

3. 臨床研修修了証を交付し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を申請します。

令和 年 月 日

本籍 (国籍)	都道府県
------------	------

郵便番号	-	連絡先電話番号	()
------	---	---------	-----

住所	都道府県	市郡	区	町村	番	番地号
----	------	----	---	----	---	-----

ふりがな	(氏)	(名)
氏名		
通称名		

性別	男
	女

生年月日	昭和					年			月			日
------	----	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

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) 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(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) 研修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) 生年月日の右の空欄部分に必ず、メールアドレスを記入してください。
- (6) 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。
- (7) 氏名については、歯科医師免許証と同一とし、記名して下さい。
(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。
- (8) 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。)

IV 臨床研修修了登録証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、右上部をホチキスでとめ、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。