

# 【臨床研修修了登録証申請書の記入例】

申請者(研修修了者)が記入する。

様式第一号(第二十一条関係)

※  
臨床研修修了  
登録年月日

収入印紙欄  
(消印しないこと。)  
3,100円分の収入印紙を貼付

## 臨床研修修了登録証申請書

歯科医籍登録番号 第 9 8 7 6 5 4 号 歯科医籍登録年月日 平成 2 年 0 4 月 1 6 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
0 5 9 0 9 0 1 0 1	〇〇病院歯科医師臨床研修プログラム

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 2 年 0 4 月 0 1 日	平成 3 年 0 3 月 3 1 日

研修開始から修了まで1年以上の期間があることを確認すること

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
0 5 9 0 9 0	医療法人〇〇会 〇〇病院

該当する元号を○

上記により、臨床研修修了登録証を申請日付を記載  
令和 3 年 4 月 6 日

本籍(国籍) 東京 都道府県

日本国籍を持たない者は国籍を記載

郵便番号 100-0013 連絡先電話番号 03(××××)××××

住所 東京 都道府県 市 千代田区 町 霞ヶ関1-2-2 番 地 号

ふりがな	(氏) ○○○○	(名) ○○○	性別	男
氏名	○○	○○		女

必ず歯科医師免許証と一致すること、旧姓での申請は不可

通称名 外国籍の歯科医師の中で歯科医師免許証に括弧書きにより通称名の登録がある者については通称名及びふりがなを記載

生年月日 昭和 平成 令和 7 年 0 4 月 2 3 日  
日本国籍の者 → 和暦、外国籍の者 → 西暦 で記載

厚生労働大臣 殿

○ 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には、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うこと。

- (注)
- ※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。
  - 黒ボールペンをうい、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。