

# 【修了登録証交付申請書の記入例】

申請者(研修修了者)が記入する。

ホチキス位置

※ 臨床研修修了登録年月日

収入印紙欄  
(収入印紙は消印しないでください)  
3,100円分の収入印紙を貼付

## 歯科医師 臨床研修修了登録証交付申請書

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	1	8	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

プログラム番号	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. 研修開始年月日及び研修修了年月日

開始年月日	修了年月日
平成 1 8 年 0 4 月 0 1 日	平成 1 9 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され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

上記により、臨床研修修了登録証の交付日付を記載します。

平成 1 9 年 4 月 6 日

日本国籍を持たない者は国籍を記載

本籍(国籍)	東京 都道府県				
郵便番号	100 -0013	連絡先電話番号	03 (XXXX) XXXX	連絡先E-mail	XXX@XXX.ne.jp
連絡先住所	東京 都道府県	千代田区霞が関1-2-2			

申請後に必ず連絡が取れるものを記入すること

ふりがな	(氏) 〇〇〇〇	(名) 〇〇〇	印	性別	男
氏名	〇〇	〇〇	印		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 5 6 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

※ 厚生労働省の受付印	※ 地方厚生局の受付印
-------------	-------------

○ 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。