

※ 書換交付 年 月 日	
--------------------	--

収 入 印 紙 欄 (収入印紙は消印しないで下さい)

歯科医師 臨床研修修了登録証書換え交付申請書

歯 科 医 籍 第 登 録 番 号	号	歯 科 医 籍 登 録 年 月 日	平 成	年	月	日
----------------------	---	----------------------	-----	---	---	---

変更を生じた事項

	変 更 前	変 更 後(第1回)	変 更 後(第2回)
本 籍 (国 籍)	都 道 府 県	都 道 府 県	都 道 府 県
ふ り が な	(氏) (名)	(氏) (名)	(氏) (名)
氏 名			
通 称 名			
性 別	男 ・ 女	男 ・ 女	男 ・ 女
生 年 月 日	昭 和 平 成 年 月 日	昭 和 平 成 年 月 日	

上記により臨床研修修了登録証の書換え交付を申請します。

平成 年 月 日

郵便番号	電話番号 ()
住所	都 道 府 県

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

歯科医師臨床研修修了登録証書換え交付申請手続

I 臨床研修修了登録証書換え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書換え交付申請書(厚生労働省で配付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) 臨床研修修了登録証の原本
- (4) 臨床研修修了登録証送付用封筒(570円分の切手を貼って下さい。)

郵便書留で郵送しますので**封筒には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封筒に記入して下さい。

II 臨床研修修了登録証書換え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、※印のある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) 氏名については、歯科医師免許証を参照し、記名押印又は署名のいずれかにより記入して下さい。

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。

- (4) 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。

- (5) 変更前の欄は、添付する臨床研修修了登録証の本籍、氏名、生年月日を記入して下さい。

- (6) 変更後の欄は、変更後の歯科医師免許証を参照し、記入して下さい。また、変更事項が複数の場合は、古い順に第1回・第2回欄に記入し、変更の事由が3回以上の場合には、新たな申請書に追加記入して下さい。

- (7) **電話番号**については、申請内容の確認などで連絡する場合がありますので、**確実に連絡がとれる番号**を記入して下さい。

- (8) 住所については、住民票上の住所を記入して下さい。

III 書換え交付に係る手数料の納め方について

書換え交付に係る手数料として、**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 歯科医師臨床研修修了登録証書換え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書換え交付申請書、**歯科医師免許証の写し**、**臨床研修修了登録証の原本**の順にそろえ、右上部のホチキス位置で止め、**臨床研修修了登録証送付用封筒**を同封の上、**郵便書留**にて住所地(住民票上の住所)を担当する地方厚生局へ提出して下さい。