

※再 交月 年日	
----------------	--

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再交付申請書

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

上記の臨床研修修了登録証を（き損・亡失）したので、関係書類を添えて臨床研修修了登録証の再交付を希望します。

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（き損の場合）（亡失の場合は不要）
- (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) **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。
- (6) 住所については、住民票上の住所を記入して下さい。

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。