

【 別 表 】

※回答用紙取りまとめ後、関東信越厚生局健康福祉部医事課 臨床研修審査官宛に提出して下さい。

## アンケート調査票報告

1 歯科医師臨床研修修了登録証交付申請書送付数

\_\_\_\_\_名

2 上記のうちアンケート調査回答数

\_\_\_\_\_名

報告日 平成23年 月 日  
担当厚生局 \_\_\_\_\_厚生局