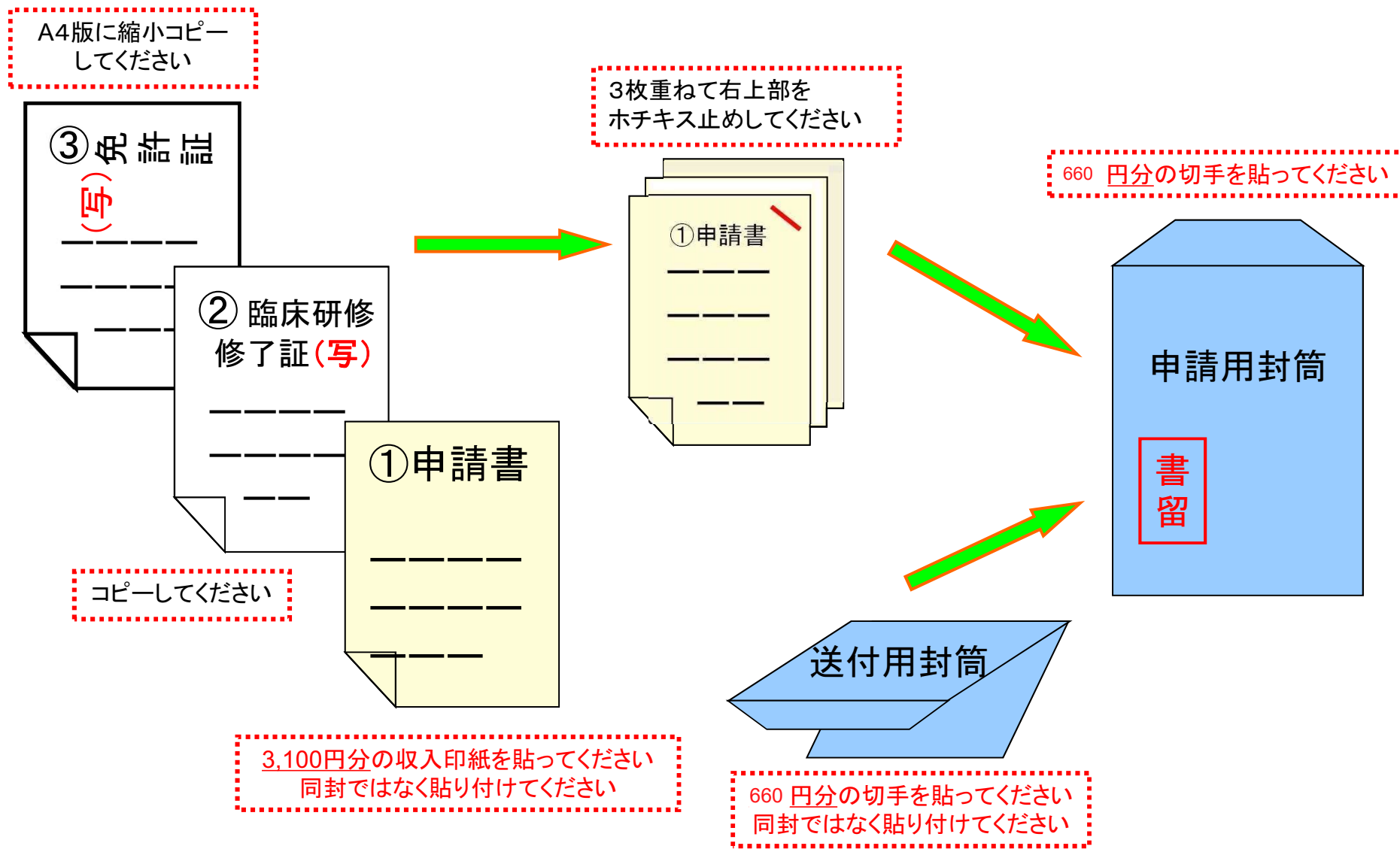


臨床研修修了登録証交付申請の必要書類等



660 円分の切手を貼ること

同封ではなく貼り付けてください

(臨床研修修了登録証 **申請用**)

(臨床研修修了登録証 **送付用**)

5400011

5432100

660 円分の切手を貼ること。

660 円分の切手を貼ること。

書留

書留

二ツ折厳禁

免許の種類 (○で囲む)
医師・歯科医師
住所・氏名
〒()-()

免許の種類 (○で囲む)
医師・歯科医師

郵便番号・住所・氏名を記載すること。

近畿厚生局 健康福祉部 医事課
臨床研修係 宛

大阪府中央区農人橋一丁目番22号
大江ビル7階

厚生健康殿

●▲県○△市□×町イのイ
◇▽マンジエン1101号

郵便書留で送付しますので
平日の昼間でも受け取り可能な
住所を記載すること

※勤務先や実家等

※医政局歯科保健課より送付されている専用送付用封筒は、折り曲げなくとも申請用封筒への封入が可能です

【臨床研修修了登録証申請書の記入例】

ホチキス位置

※ 臨床研修修了登録年月日

収入印紙欄
 3,100円分の収入印紙を貼ること
 ※収入証紙ではありません
 ※同封ではなく貼り付けること

臨床研修修了登録証申請書

歯科医籍登録番号 **A** 第 9 8 7 6 5 4 号 歯科医籍登録年月日 **B** 平成 0 7 年 0 4 月 0 2 日 令和

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 **C** 0 3 9 0 9 0 1 0 1 研修プログラムの名称 ○○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 **D** 平成 0 7 年 0 4 月 0 1 日 修了年月日 平成 0 8 年 0 3 月 3 1 日 令和

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 **E** 0 3 9 0 9 0 臨床研修施設等の名称 医療法人○○会 ○○病院

上記により、臨床研修修了登録証の交付を申請します。

令和 8 年 4 月 1 日 ← 日付を記載（研修修了年月日以降）

本（国籍） **F** 大阪 都道府県 ← 歯科医師免許証と一致すること

郵便番号 543-2100 連絡先電話番号 090-0000-xxxx 連絡先E-mail ●△@mhlw.go.jp

住所 ●▲ 都道府県 ○△市□×町1の1 ◇▽マンション1101号

ふりがな **G** (氏) こうせい (名) けんこう

氏名 **H** 厚生 健康 性別 男 女

歯科医師免許証、修了証と一致すること、旧姓での申請は不可。

通称名 外国籍の者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 **I** 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、その完了後に臨床研修修了登録証の交付申請を行うこと。

(注) 生年月日の右の空欄部分に必ず、メールアドレスを記入してください!

【記入例】

歯科医師免許証、登録申請書と一致すること。

臨床研修修了証

ふりがな	G こうせい けんこう	
研修歯科医の氏名	H 厚生 健康	
生年 月 日	I 昭和 7 年 4 月 23 日 平成	
歯科医籍登録番号	A 第 987654 号	
歯科医籍登録年月日	B 令和 7 年 4 月 2 日	
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	C プログラム番号	研修プログラムの名称
	0 3 9 0 9 0 1 0 1	〇〇病院歯科医師臨床研修プログラム
研修開始年月日	D 令和 7 年 4 月 1 日 開始	
及び研修修了年月日	令和 8 年 3 月 31 日 修了	
臨床研修を行った臨床研修施設番号及び名称	単独型／管理型臨床研修施設	
	E 施設番号	臨床研修施設の名称
	0 3 9 0 9 0	医療法人〇〇会 〇〇病院
	協力型（Ⅰ）・協力型（Ⅱ）臨床研修施設（※該当ある場合）	
	施設番号	臨床研修施設の名称
0 3 9 9 9 9	医療法人〇〇会 〇〇病院	
研修協力施設で研修を行った場合にはその名称	(039905)〇〇診療所, (039915)〇〇クリニック	

※研修中断により複数のプログラムを履修した場合には、修了認定を行った以外のプログラム及び当該プログラムを履修した施設の名称について、別紙に記載すること。

上の者は、〇〇病院歯科医師臨床研修プログラムの課程を修了したことを認定する。

令和8年3月31日

〇〇病院 院長

○ ○ ○ ○

〇〇病院研修管理委員会委員長

○ ○ ○ ○

申請書及び登録証と一致すること

【みほん】

歯科医師免許証

F

大阪府

H

厚生健康

I

平成七年四月二十三日生

令和〇〇年施行第××回歯科医師
国家試験に合格したことを認証し
歯科医師法（昭和二十三年法律第二百二号）に
より歯科医師の免許をあたえる
よって、この証を交付する

令和七年四月二日

厚生労働大臣
医務技監
厚生労働省医政局長
〇〇〇
〇〇〇
〇〇〇
〇〇〇

A B

本免許は令和七年四月二日
第九八七六五四号をもって歯科医籍に登録

臨床研修修了登録証交付申請書の記入事項について

(相 関 図)



【記入例】 ※歯科医師免許証、登録申請書と一致すること 様式 1 1

臨床研修修了証

研修歯科医師の氏名	H 厚生 健康
生 年 月 日	I 昭和 7 年 4 月 23 日
歯科医師登録番号	A 第 987654 号
歯科医師登録年月日	B 令和 7 年 4 月 2 日
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	C 039090101 ○○病院歯科医師臨床研修プログラム
研 修 開 始 年 月 日	D 令和 7 年 4 月 1 日 開始
及 び 研 修 修 了 年 月 日	令和 8 年 3 月 31 日 修了
臨床研修を行った施設番号及び名称	E 単独型/管理型臨床研修施設 施設番号 0390909 医療法人○○会 ○○病院
	協力型 (I)・協力型 (II) 臨床研修施設 (※該当する場合) 施設番号 0399999 医療法人○○会 ○○病院
研修協力施設で研修を行った場合にはその名称	(039905)○○診療所、(039015)○○クリニック

※研修中断により複数のプログラムを履修した場合には、修了履修を行った以外のプログラム及び高単プログラムを履修した施設の名称について、別紙に記載すること。
上の者は、○○病院歯科医師臨床研修プログラムの課程を修了したことを認定する。

令和8年3月31日
○○病院 院長 ○ ○ ○
○○病院研修管理委員会委員長 ○ ○ ○

【臨床研修修了登録証申請書の記入例】

ホチキス位置

* 臨床研修修了登録年月日	収入印紙欄 3,100円分の収入印紙を貼ること ※収入印紙ではありません ※封筒ではなく貼り付けること
臨床研修修了登録証申請書	
A 歯科医師登録番号 第 9 8 7 6 5 4 号	B 歯科医師登録年月日 令和 0 7 年 0 4 月 0 2 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	
C プログラム番号 0 3 9 0 9 0 1 0 1	研修プログラムの名称 ○○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	
D 開始年月日 平成 0 7 年 0 4 月 0 1 日	修了年月日 平成 0 8 年 0 3 月 3 1 日
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	
E 研修施設番号 0 3 9 0 9 0	臨床研修施設等の名称 医療法人○○会 ○○病院
上記により、臨床研修修了登録証の交付を申請します。 令和 8 年 4 月 1 日 ← 交付完了日 (研修修了年月日以降)	
F 本 (国籍) 大 阪 県 民	※歯科医師免許証と一致すること
郵便番号 543-2100	連絡先 E-mail @ mhiv.go.jp
住所 ● ▲ 都 道 府 県 ○△市□×町1の1 ◇▽マンション1101号	
ふりがな G (氏) こうせい (名) けんこう	性別 男
H 氏 名 厚 生 健 康	性 別 女
通 称 名	※外国籍の者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
I 生 年 月 日 昭和 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・本轄地都道府県等の歯科医師の登録事項に変更がある場合には、先に歯科医師の訂正申請を行い、その完了後に臨床研修修了登録証の交付申請を行うこと。

申請書及び登録証と一致すること

令和 七年 四月 二 日

厚生労働大臣
医 務 技 監
厚生労働省医政局長

○ ○ ○
○ ○ ○
○ ○ ○

【みほん】

歯 科 医 師 免 許 証

F 大 阪 府
H 厚 生 健 康

I 平成 七 年 四 月 二 十 三 日 生

A B 本免許は令和七年四月二日第九八七六五四号をもって歯科医師に登録

各アルファベットごとに一致します。