

# 臨床研修修了登録証再交付申請の必要書類等

A4版に縮小コピー  
してください

③ 保証書  
(印)

② 臨床研修  
修了登録証  
(原本)

① 申請書

3枚(「紛失」の場合は2枚)重ねて右  
上部をホチキス止めしてください

① 申請書

660 円分の切手を貼ってください

申請用封筒

書留

※再交付申請の理由  
が「紛失」の場合は②  
の添付は不要です

3,100円分の収入印紙を貼ってください  
同封ではなく貼り付けてください

送付用封筒

660 円分の切手を貼ってください  
同封ではなく貼り付けてください

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

(臨床研修終了登録証 **申請用**)

(臨床研修終了登録証 **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 <b>歯科医師</b>
住所氏名
〒( )-( )

免許の種類 (○で囲む)
医師・ <b>歯科医師</b>

郵便番号  
・住所・氏名を記載すること。

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

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□×町ーのー  
◇▽マンション1101号

# 【臨床研修修了登録証再交付申請書の記入例】

ホチキス位置

※  
臨床研修修了  
登録年月日

収入印紙欄  
(収入印紙) 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再交付申請書

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

歯科医師免許証及び登録証と一致すること

本籍 (国籍) **C** 大阪 都府 道県

歯科医師免許証及び登録証と一致すること、旧姓での申請は不可。  
※歯科医籍の登録事項に変更が生じている場合は、再交付申請ではなく書換交付申請が必要。

ふりがな (氏) こうせい (名) けんこう  
氏名 **D** 厚生 健康 性別 男  
通称名 女

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 **E** 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

上記の臨床研修修了登録証を(破った・汚した・失った)ので、臨床研修修了登録証の再交付を申請します。

令和 8 年 4 月 1 日 ← 日付を記載 (研修修了年月日以降)

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 ●▲ 都府道県 ○△市□×町1の1 ◇▽マンション1101号

厚生労働大臣 殿

(注) 電話番号の右の空欄部分に必ず、メールアドレスを記入して下さい!

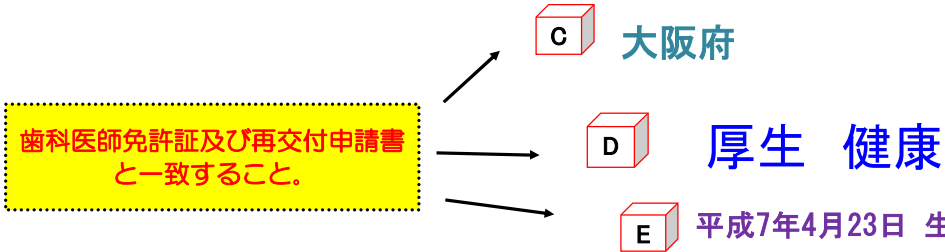
○ 氏名・本籍地都道府県等の歯科医籍の登録事項に変更がある場合には先に歯科医籍の訂正申請を行い、その完了後に、臨床研修修了登録証の再交付申請ではなく、「書換交付」申請を行うこと。

※書換交付申請にあたり、臨床研修修了登録証の原本を紛失している場合は、原本の代わりにこの再交付申請書を添付すること。

※再交付申請の理由が「紛失」の場合は添付不要です。

【みほん】

# 臨床研修修了登録証



臨床研修を修了したことを認証し  
歯科医師法(昭和23年法律第202  
号)により歯科医籍に登録する  
よってこの証を交付する

令和7年4月5日

厚生労働大臣 ○○ ○○

A 本登録は 令和7年4月5日  
歯科医籍第 987654 号に登録

歯科医師免許証及び書換交付申請書と一致すること。

厚生労働省医政局長 ○○ ○○

再交付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



大阪府



厚生健康

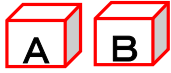


平成七年四月二十三日生

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

令和五年四月二日

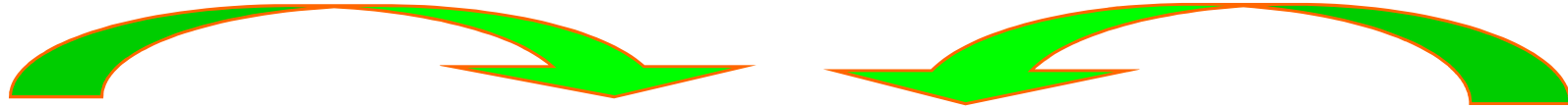
厚生労働大臣  
医務技監  
厚生労働省医政局長  
〇〇〇  
〇〇〇  
〇〇〇  
〇〇〇



本免許は令和五年四月二日  
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再交付申請書の記入事項について

(相 関 図)



【臨床研修修了登録証再交付申請書の記入例】

【みほん】

**臨床研修修了登録証**

※再交付申請の理由が「紛失」の場合は添付不要です。

大阪府  
厚生 健康  
平成7年4月23日 生

歯科医師免許証及び再交付申請書と一致すること。

臨床研修を修了したことを認証し  
歯科医師法(昭和23年法律第202号)により歯科医籍に登録する  
よってこの証を交付する

令和7年4月5日

厚生労働大臣 ○○ ○○

本登録は 令和7年4月5日  
A 歯科医籍第 987654 号に登録  
歯科医師免許証及び再交付申請書と一致すること。

厚生労働省医政局長 ○○ ○○

臨床研修修了登録証再交付申請書の記入例

※再交付申請の理由が「紛失」の場合は添付不要です。

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  
※間割ではなく貼り付けること

臨床研修修了登録証再交付申請書

歯科医師登録番号 9 8 7 6 5 4 号 歯科医師登録年月日 令和 8 年 0 4 月 0 2 日

本(国籍) 大阪府 大阪府 大阪府 大阪府 大阪府 大阪府

ふりがな(氏) 厚生 健康 (名) けんこう

氏名 厚生 健康 性別 男

通称名

生年月日 昭和 7 年 0 4 月 2 3 日

上記の臨床研修修了登録証を(破った・汚した・失った)ので、臨床研修修了登録証の再交付を申請します。

令和 8 年 4 月 1 日

郵便番号 543-2100 連絡先電話番号 06-0000-XXXX 連絡先E-mail mhlw.go.jp

住所 ●▲ 都 府 ● ○△市口×町1の1 ◇▽マンション1101号

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再交付申請ではなく、「書換交付」申請を行うこと。  
※書換交付申請にあたり、臨床研修修了登録証の原本を紛失している場合は、原本の代わりにこの再交付申請書を添付すること。

再交付申請書及び登録証と一致すること

【みほん】

令和五年四月二日

厚生労働大臣  
厚生労働省医政局長

○ ○ ○  
○ ○ ○  
○ ○ ○  
○ ○ ○

本免許は 令和五年四月二日  
A 第九八七六五四号をもって歯科医籍に登録

平成七年四月二十三日 生

大阪府  
厚生 健康

歯科医師免許証

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

各アルファベットごとに一致します。