（様式第６号）

令和　　　年　　　月　　　日

公益社団法人日本歯科医師会会長殿

氏　名

公益社団法人日本歯科医師会歯科助手資格認定証再交付願

下記により歯科助手資格認定証の再交付を受けたいので、願い出ます。あわせて、別途指定される口座に所定の手数料を振込にて納付します。

記

１　認定証の種別及び番号

２　認定証交付年月日

３　受講地（都道府県）

４　生年月日

５　再交付を受ける理由（破損・紛失）

６　送付先・連絡先
住所　〒

電話番号

メールアドレス

（注）振込手数料は振込者の負担とします。