

(様式第6号)

記入例

令和7年8月1日

公益社団法人日本歯科医師会会長 殿

氏名 日歯 花子 ㊟

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

- 認定証の種別及び番号：例1：甲種 0000000
例2：乙種第一 0000000 乙種第二 0000000
- 認定証交付年月日：R5. 2. 15
- 受講地（都道府県）：東京都
- 生年月日：H10. 5. 2
- 再交付を受ける理由（破損・紛失）
- 送付先・連絡先
住所 〒102-0073 東京都千代田区九段北 4-1-20
電話番号：03-3262-9217
メールアドレス：jda-da@jda.or.jp

(注) 振込手数料は振込者の負担とします。