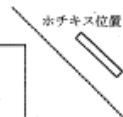


厚生労働省記入欄	登録番号	
	登録年月日	

収入印紙欄 (収入印紙は消印しないで下さい)



第一号書式(第一条の三関係)

歯科医師免許申請書

平成令和		年		月	施行	第		回	歯科医師国家試験合格	受験地		受験番号							
------	--	---	--	---	----	---	--	---	------------	-----	--	------	--	--	--	--	--	--	--

1～5の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと

1. 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日)

有・無

2. 医事に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)

有・無

3. 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)

有・無

4. 旧姓併記の希望の有無。

有・無

5. 過去に歯科医師免許を有していたことの有無。(有の場合、登録番号)

有・無

上記により、歯科医師免許を申請します。

____年____月____日

本籍 (国籍)	都道府県
------------	------

住所	〒 都道府県
----	--------

電話	()
----	-----

ふりがな	(氏)	(名)
氏名		
	(旧姓)	
通称名		

性別	男
	女

生年月日	昭和 平成 西暦									年			月			日
------	----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県 コード	