

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）

齒科醫師免許申請書

歯科医師免許申請書										受験地コード		
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. 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)

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)

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)

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)

旧姓併記の希望の有無。

4. 旧姓併記の希望の有無。

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)

5. 過去に

上記により、歯科医師免許を申請します。

____年____月____日

本 (国 籍)	都 道 府 県	生 年 昭 和 ・ 令 和 月 日 平 成 ・ 西 暦			年		月		日
------------	---------	--------------------------------	--	--	---	--	---	--	---

住 所	〒 都 道 府 県	
電 話	()	

ふりがな	(氏)	(名)	性 別		男
氏 名					女
	(旧姓)		通称名		

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	

齒科醫師免許申請書

[illegible]