

様式第一号(第一条の三関係)

記入不要	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ください)	
----------------------------	--

ホチキス位置

歯科衛生士免許申請書						受験地コード			
平成 令和	年	月	施行第	回歯科衛生士国家試験合格	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、その罰、刑及び刑の確定年月日)
有・無 _____
- 2 歯科衛生士の業務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 過去に歯科衛生士免許を有していたことの有無。(有の場合、登録番号)
有・無 _____

上記により歯科衛生士免許を申請します。

年 月 日

本籍地コード			
本籍 (国籍)	都道府県		

電話番号	()
住所	〒 都道府県

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
------	----------------	--	--	--	---	--	---	--	---

受付印

厚生労働大臣
指定登録機関代表者 殿