

様式第六号(第十三条関係)

収入印紙
(消印しないこと。)

歯科衛生士国家試験受験願書

ふりがな 氏 名				性別	男	受験番号	※
					女		
生 年 月 日	明 治 大 正 昭 和 平 成 令 和	年 月 日	本 籍 (国籍等)	(都道府県)	受験希望地		
現 住 所	都道府県 市郡区						
	(郵便番号 ー) 電話番号 ()						
養成施設名							
最 終 学 歴	年卒業(見込)						
受 験 資 格 (該当項目に ○印をつけること。)	資 格 該 当 項 目			添 付 書 類			
	法第12条	第1号該当		・ 卒業証明書			
		第2号該当					
		第3号該当		・ 厚生労働大臣の認可を受けたことを証する書類			
連 絡 先	電話番号 () (内線)						

上記により、歯科衛生士国家試験を受験したいので申し込みます。

令和 年 月 日
厚 生 労 働 大 臣 殿
指定試験機関代表者 氏 名

- 備 考
- ※印欄には、記入しないこと。
 - 該当する不動文字を○で囲むこと。
 - 黒ボールペンをうい、かい書ではっきりと記入すること。
 - 指定試験機関に申し込む場合には、所定の手続により受験手数料を納付し、収入印紙は貼らないこと。
 - 卒業証明書については、学校・養成所の長の発行に係るものであること。
 - 用紙の大きさは、A4とすること。