



記入 不要	登 録 番 号	
	再交付年月日	

歯科衛生士免許証(免許証明書)再交付申請書

登 録 番 号	第							号	登 録 年 月 日	昭和 平成 令和			年			月			日
---------	---	--	--	--	--	--	--	---	-----------	----------------	--	--	---	--	--	---	--	--	---

登録都道府県名	都 道 府 県	※コード番号		

※コード番号			
本 籍 (国籍等)	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 令和 西暦							年					月			日	※						
---------	----------------------	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	---	---	--	--	--	--	--	--

免 許 取 得 格 資	昭和 平成 令和			年			月	施 行 第		回	都 道 府 県	歯 科 衛 生 士 試 験 合 格
----------------	----------------	--	--	---	--	--	---	-------	--	---	------------	-------------------

上記の歯科衛生士免許証(免許証明書)を(破った・汚した・失った)ので関係書類を添えて免許証(免許証明書)の再交付を申請します。

年 月 日

電 話 番 号	()	
住 所	〒 都 道 府 県	
氏 名		

受 付 印

厚生労働大臣
指定登録機関代表者 殿

※印の欄は記載しないこと。