**様式第一号**(第一条の三関係)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | ホチキス位置.gif |
| 記入不要 | 登録番号 |  |  | 収入印紙欄  (収入印紙は消印しないでください) |
| 登録年月日 |  |

平成

令和

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 歯科衛生士免許申請書 | | | | | | | 受験地コード | | |  |  |
| 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

　　　　　　　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) |  |  | 性別 | 男 |
| 氏名 |  |  |  |
| 女 |
| (旧姓) |  |  |  | |
| 通称名 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 生年月日 | 昭和  平成  令 和  西暦 |  |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 厚生労働大臣  　　指定登録機関代表者　殿 | 受付印 |
|  |