

## 国家試験受験資格認定願

氏 名	⑩		
生 年 月 日	年 月 日	性 別	男 ・ 女
国（本）籍	<small>※日本国籍を有する者は、本籍地の都道府県を記載</small>		
卒業学校名 及び その在学期間	（ 年 月 ～ 年 月 ）		
外国の免許 資格の有無	〔 有（ 年 月取得） ・ 無 〕		
現 住 所	〒  TEL		
郵便物送付先 （国内連絡先）	〒  TEL （続柄）		
申 請 理 由 （目的）			

歯科衛生士国家試験を受験するため、別添のとおり関係書類を添えて資格認定を申請する。

平成 年 月 日

厚生労働大臣 殿