〔様式例１〕

国 家 試 験 受 験 資 格 認 定 願

氏　　名	㊞		
生 年 月 日	年　　月　　日	性 別	男 ・ 女
国（本）籍	※日本国籍を有する者は、本籍地の都道府県を記載		
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）			

歯科医師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。

年　　月　　日

厚　生　労　働　大　臣　　殿