

裏面へ続く

|                                                                  |                                                                                                                                 |                                |                  |                |               |              |                 |   |    |  |  |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------|----------------|---------------|--------------|-----------------|---|----|--|--|
| (10) 従事する診療科名等                                                   | (7)欄の「主たる施設・業務の種類」に01～07のいずれかを記入した者のみが記入すること。)                                                                                  |                                |                  |                |               |              |                 |   |    |  |  |
| 従事するすべての診療科名の番号を○で囲むこと。<br>また、2つ以上○で囲んだ者は右欄の主たる診療科名の番号を1つ記入すること。 | I                                                                                                                               | 01 内科                          | 02 呼吸器内科         | 03 循環器内科       |               |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 04 消化器内科(胃腸内科)                 | 05 腎臓内科          | 06 脳神経内科       |               |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 07 糖尿病内科(代謝内科)                 | 08 血液内科          | 09 皮膚科         |               |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  | 臨床研修医の場合、「41臨床研修医」のみを○で囲むこと。                                                                                                    | II                             | 10 アレルギー科        | 11 リウマチ科       | 12 感染症内科      |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 |                                | 13 小児科           | 14 精神科         | 15 心療内科       |              |                 |   |    |  |  |
| 16 外科                                                            |                                                                                                                                 |                                | 17 呼吸器外科         | 18 心臓血管外科      |               |              |                 |   |    |  |  |
| 19 乳腺外科                                                          |                                                                                                                                 |                                | 20 気管食道外科        | 21 消化器外科(胃腸外科) |               |              |                 |   |    |  |  |
| 22 泌尿器科                                                          |                                                                                                                                 |                                | 23 肛門外科          | 24 脳神経外科       |               |              |                 |   |    |  |  |
| 該当する診療科名がない場合、最も近い診療科名の番号を○で囲むこと。                                | III                                                                                                                             | 25 整形外科                        | 26 形成外科          | 27 美容外科        |               |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 28 眼科                          | 29 耳鼻いんこう科       | 30 小児外科        |               |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 31 産婦人科                        | 32 産科            | 33 婦人科         |               |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  | IV                                                                                                                              | 34 リハビリテーション科                  | 35 放射線科          | 36 麻酔科         |               |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 37 病理診断科                       | 38 臨床検査科         | 39 救急科         |               |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 40 集中治療科                       |                  |                |               |              |                 |   |    |  |  |
| V                                                                |                                                                                                                                 | 43 その他( )                      |                  |                |               |              |                 |   |    |  |  |
| (11)                                                             | 医療法に基づいて広告することが可能とされている医師の専門性に関する資格、麻酔科の標榜資格(麻酔科標榜医)、社会医学系専門医及び医師少数区域経験認定医師を指す。専門性に関する資格は更新制であるため、現時点で資格を取得しているかどうかを確認の上記入すること。 |                                |                  |                |               |              |                 |   |    |  |  |
| 取得している広告可能な医師の専門性に関する資格名、麻酔科の標榜資格、社会医学系専門医及び医師少数区域経験認定医師         | I                                                                                                                               | 01 内科専門医                       | 02 小児科専門医        | 03 皮膚科専門医      |               |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 04 精神科専門医                      | 05 外科専門医         | 06 整形外科専門医     |               |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 07 産婦人科専門医                     | 08 眼科専門医         | 09 耳鼻咽喉科専門医    |               |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 10 泌尿器科専門医                     | 11 脳神経外科学専門医     | 12 放射線科専門医     |               |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 13 麻酔科専門医                      | 14 病理専門医         | 15 救急救命士専門医    |               |              |                 |   |    |  |  |
| 取得しているすべての資格名の番号を○で囲むこと。                                         | I                                                                                                                               | 16 形成外科専門医                     | 17 リハビリテーション科専門医 | 18 臨床検査専門医     |               |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 19 総合診療専門医                     |                  |                |               |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 20 総合内科専門医                     | 21 呼吸器専門医        | 22 循環器専門医      |               |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 23 消化器病専門医                     | 24 腎臓専門医         | 25 肝臓専門医       |               |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 26 神経内科専門医                     | 27 糖尿病専門医        | 28 内分泌代謝科専門医   |               |              |                 |   |    |  |  |
| ※01.18.19は日本専門医機構認定資格、02～17は、日本専門医機構又は学会認定資格、20～59は学会認定資格        | I                                                                                                                               | 29 血液専門医                       | 30 アレルギー専門医      | 31 リウマチ専門医     |               |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 32 感染症専門医                      | 33 心療内科専門医       |                |               |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 34 呼吸器外科専門医                    | 35 心臓血管外科専門医     | 36 乳腺専門医       |               |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 37 気管食道科専門医                    | 38 消化器外科専門医      | 39 小児外科専門医     |               |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 40 超音波専門医                      | 41 細胞診専門医        | 42 透視専門医       |               |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 43 老年病専門医                      | 44 消化器内視鏡専門医     | 45 臨床遺伝専門医     |               |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 46 漢方専門医                       | 47 レーザー専門医       | 48 気管支鏡専門医     |               |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 49 核医学専門医                      | 50 大腸肛門病専門医      | 51 婦人科腫瘍専門医    |               |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 52 ベイクリニック専門医                  | 53 熱傷専門医         | 54 脳血管内治療専門医   |               |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 55 がん薬物療法専門医                   | 56 周産期(新生児)専門医   | 57 生殖医療専門医     |               |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 58 小児神経専門医                     | 59 一般病院連携精神医学専門医 |                |               |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | II                             | 60 麻酔科標榜医        | III            | 61 社会医学系専門医   | IV           | 62 医師少数区域経験認定医師 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | (12) 分娩の取扱いの有無<br>(過去2年以内での実績) | 1 分娩の取扱いあり       | 2 分娩の取扱いなし     | (13) 出身地      | { }          | 都道府県            | ・ | 外国 |  |  |
| (14) 医師免許取得の際に医学課程を修めた大学名等                                       | 国立                                                                                                                              | 01 北海道大学                       | 02 旭川医科大学        | 03 弘前大学        | 04 東北大学       |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 05 秋田大学                        | 06 山形大学          | 07 筑波大学        | 08 群馬大学       |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 09 千葉大学                        | 10 東京大学          | 11 東京科学大学      | 12 新潟大学       |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 13 富山大学                        | 14 金沢大学          | 15 福井大学        | 16 山梨大学       |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 17 信州大学                        | 18 岐阜大学          | 19 浜松医科大学      | 20 名古屋大学      |              |                 |   |    |  |  |
| 大学名等の番号を1つ○で囲むこと。<br>(修了した大学院名等の番号を○で囲まないこと。)                    | 公立                                                                                                                              | 21 三重大学                        | 22 滋賀医科大学        | 23 京都大学        | 24 大阪大学       |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 25 神戸大学                        | 26 鳥取大学          | 27 島根大学        | 28 岡山大学       |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 29 広島大学                        | 30 山口大学          | 31 徳島大学        | 32 香川大学       |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 33 愛媛大学                        | 34 高知大学          | 35 九州大学        | 36 佐賀大学       |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 37 長崎大学                        | 38 熊本大学          | 39 大分大学        | 40 宮崎大学       |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 41 鹿児島大学                       | 42 琉球大学          |                |               |              |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 | 私立・大学校・外国医学学校その他               | 43 札幌医科大学        | 44 福島県立医科大学    | 45 横浜市立大学     | 46 名古屋市立大学   |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 |                                | 47 京都市立医科大学      | 48 大阪公立大学      | 49 奈良県立医科大学   | 50 和歌山県立医科大学 |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 |                                | 51 岩手医科大学        | 52 東北医科薬科大学    | 53 自治医科大学     | 54 獨協医科大学    |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 |                                | 55 埼玉医科大学        | 56 国際医療福祉大学    | 57 杏林大学       | 58 慶應義塾大学    |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 |                                | 59 順天堂大学         | 60 昭和医科大学      | 61 帝京大学       | 62 東京医科大学    |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 |                                | 63 東京慈恵会医科大学     | 64 東京女子医科大学    | 65 東邦大学       | 66 日本大学      |                 |   |    |  |  |
|                                                                  |                                                                                                                                 |                                | 67 日本医科大学        | 68 北里大学        | 69 聖マリアンナ医科大学 | 70 東海大学      |                 |   | </ |  |  |

|         |  |
|---------|--|
| ※ 登録番号  |  |
| ※ 登録年月日 |  |

|            |   |   |   |   |
|------------|---|---|---|---|
| 収          | 入 | 印 | 紙 | 欄 |
| (消印しないこと。) |   |   |   |   |

## 再教育研修修了登録証申請書

|             |   |  |  |  |  |  |  |  |   |               |                          |  |  |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |
|-------------|---|--|--|--|--|--|--|--|---|---------------|--------------------------|--|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|
| 医 籍<br>登録番号 | 第 |  |  |  |  |  |  |  | 号 | 医籍登録<br>年 月 日 | 大 正<br>昭 和<br>平 成<br>令 和 |  |  |  |  |  | 年 |  |  |  | 月 |  |  |  | 日 |
|-------------|---|--|--|--|--|--|--|--|---|---------------|--------------------------|--|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|

### 1 再教育研修の開始年月日及び修了年月日

|          |  |  |   |  |  |   |  |  |   |          |  |       |   |  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
|----------|--|--|---|--|--|---|--|--|---|----------|--|-------|---|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
| 開始年月日    |  |  |   |  |  |   |  |  |   |          |  | 修了年月日 |   |  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
| 平成<br>令和 |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | 平成<br>令和 |  |       | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |  |  |  |  |

### 2 個別研修に係る再教育命令を受けた者にあつては、助言指導者の氏名

|          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 助言指導者の氏名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

上記により、再教育研修修了登録証を申請します。

令和 年 月 日

|                |            |
|----------------|------------|
| 本 籍<br>( 国 籍 ) | 都 道<br>府 県 |
|----------------|------------|

|      |   |      |     |
|------|---|------|-----|
| 郵便番号 | — | 電話番号 | ( ) |
|------|---|------|-----|

|     |            |
|-----|------------|
| 住 所 | 都 道<br>府 県 |
|-----|------------|

|       |      |     |
|-------|------|-----|
| ふりがな  | (氏)  | (名) |
| 氏 名   | (旧姓) |     |
| 通 称 名 |      |     |

|     |   |
|-----|---|
| 性 別 | 男 |
|     | 女 |

|         |                                 |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |   |  |  |   |
|---------|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|---|--|--|---|
| 生 年 月 日 | 大 正<br>昭 和<br>平 成<br>令 和<br>西 暦 |  |  |  |  |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |
|---------|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|---|--|--|---|

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- ※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、かい書ではっきり記入すること。
  - 用紙の大きさは、A4とすること。

|         |  |
|---------|--|
| ※ 登録番号  |  |
| ※ 登録年月日 |  |

|            |   |   |   |   |
|------------|---|---|---|---|
| 収          | 入 | 印 | 紙 | 欄 |
| (消印しないこと。) |   |   |   |   |

## 再教育研修修了登録証書換交付申請書

|             |   |  |  |  |  |  |  |   |                  |                          |  |  |  |  |   |  |  |   |  |  |   |
|-------------|---|--|--|--|--|--|--|---|------------------|--------------------------|--|--|--|--|---|--|--|---|--|--|---|
| 医 籍<br>登録番号 | 第 |  |  |  |  |  |  | 号 | 医籍登録<br>年 月 日    | 大 正<br>昭 和<br>平 成<br>令 和 |  |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |
|             |   |  |  |  |  |  |  |   | 再教育研修修<br>了登録年月日 | 平 成<br>令 和               |  |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |

変更を生じた事項

|                | 変 更 前                           |             | 変 更 後 ( 第 1 回 )                 |             | 変 更 後 ( 第 2 回 ) |     |
|----------------|---------------------------------|-------------|---------------------------------|-------------|-----------------|-----|
| 本 籍<br>( 国 籍 ) | 都 道<br>府 県                      |             | 都 道<br>府 県                      |             | 都 道<br>府 県      |     |
| ふりがな           | (氏)                             | (名)         | (氏)                             | (名)         | (氏)             | (名) |
| 氏 名            |                                 |             |                                 |             |                 |     |
|                | (旧姓)                            |             | (旧姓)                            |             | (旧姓)            |     |
| 通 称 名          |                                 |             |                                 |             |                 |     |
| 性 別            | 男 ・ 女                           |             | 男 ・ 女                           |             | 男 ・ 女           |     |
| 生年月日           | 大 正<br>昭 和<br>平 成<br>令 和<br>西 暦 | 年<br>月<br>日 | 大 正<br>昭 和<br>平 成<br>令 和<br>西 暦 | 年<br>月<br>日 |                 |     |
|                |                                 |             |                                 |             |                 |     |

上記により、再教育研修修了登録証の書換交付を申請します。

令和 年 月 日

|      |            |      |                                          |
|------|------------|------|------------------------------------------|
| 郵便番号 | —          | 電話番号 | ( )                                      |
| 住 所  | 都 道<br>府 県 |      |                                          |
| 氏 名  |            | 生年月日 | 大 正<br>昭 和<br>平 成<br>令 和<br>西 暦<br>年 月 日 |

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- ※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、かい書ではっきり記入すること。
  - 用紙の大きさは、A4とすること。

|         |  |
|---------|--|
| ※ 登録番号  |  |
| ※ 登録年月日 |  |

|            |   |   |   |   |
|------------|---|---|---|---|
| 収          | 入 | 印 | 紙 | 欄 |
| (消印しないこと。) |   |   |   |   |

## 再教育研修修了登録証再交付申請書

|             |            |  |  |  |  |  |  |   |               |                          |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |
|-------------|------------|--|--|--|--|--|--|---|---------------|--------------------------|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|
| 医 籍<br>登録番号 | 第          |  |  |  |  |  |  | 号 | 医籍登録<br>年 月 日 | 大 正<br>昭 和<br>平 成<br>令 和 |  |  |  | 年 |  |  |  | 月 |  |  |  | 日 |
| 本籍<br>(国籍)  | 都 道<br>府 県 |  |  |  |  |  |  |   | 再教育研修修了登録年月日  | 平 成<br>令 和               |  |  |  | 年 |  |  |  | 月 |  |  |  | 日 |

|       |      |     |
|-------|------|-----|
| ふりがな  | (氏)  | (名) |
| 氏 名   |      |     |
|       | (旧姓) |     |
| 通 称 名 |      |     |

|     |   |
|-----|---|
| 性 別 | 男 |
|     | 女 |

|      |                            |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |   |
|------|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|---|
| 生年月日 | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和<br>西暦 |  |  |  |  |  |  |  | 年 |  |  |  |  | 月 |  |  |  | 日 |
|------|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|---|

上記の再教育研修修了登録証を( 破った ・ 汚した ・ 失った )ので、再教育研修修了登録証の再交付を申請します。

令和      年      月      日

|          |            |          |
|----------|------------|----------|
| 郵便番号     | 電話番号       | (      ) |
| 住      所 | 都 道<br>府 県 |          |
| 氏      名 |            |          |

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- ※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。
  - 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
  - 用紙の大きさは、A4とすること。

第三号書式（第十三条、第十五条関係）

医師国家試験（医師国家試験予備試験）願書

収 入  
印 紙

受験地 （ ）

|                                            |       |        |  |
|--------------------------------------------|-------|--------|--|
| 本 籍（国籍等）                                   |       |        |  |
| 住 所                                        | 電話（ ） |        |  |
| ふりがな<br>氏 名                                | (旧姓)  | 年 月 日生 |  |
| 学 歴<br>〔高等学校又は中等<br>教育学校卒業から<br>記入してください。〕 |       |        |  |
| 職 歴                                        |       |        |  |

上記により、医師国家試験（医師国家試験予備試験）を受験したいので申請します。

令和 年 月 日

氏 名

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
  - 2 該当する不動文字を○で囲むこと。
  - 3 字は、インク、ボールペン等(黒又は青に限る。)を用い、かい書ではっきりと書くこと。
  - 4 収入印紙には、消印をしないこと。

歯科医師届出票

(令和 年12月31日現在)

|                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                     |  |         |                                                                                                                          |                                                                                   |                              |                              |   |   |   |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|---|---|---|--|
| (1) 住 所                                                                                                                                                                    | 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>都府 市 区 町<br>道県 郡 村   |  |         |                                                                                                                          |                                                                                   |                              |                              |   |   |   |  |
| ふ り が な                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                     |  |         |                                                                                                                          |                                                                                   | 電 話                          |                              |   |   |   |  |
| (2) 氏 名                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                     |  |         |                                                                                                                          |                                                                                   | ( - - )                      |                              |   |   |   |  |
|                                                                                                                                                                            | (旧姓)                                                                                                                                                                                                |  |         |                                                                                                                          |                                                                                   |                              |                              |   |   |   |  |
| (3) 性 別                                                                                                                                                                    | 1 男 ・ 2 女                                                                                                                                                                                           |  |         |                                                                                                                          | (4) 生 年 月 日                                                                       | 1 平成<br>2 昭和<br>3 大正<br>4 明治 | 年                            | 月 | 日 |   |  |
| (5) 歯 科 医 籍 登 録 番 号                                                                                                                                                        | 第                                                                                                                                                                                                   |  |         |                                                                                                                          | 号                                                                                 | (6) 歯 科 医 籍 登 録 年 月 日        | 1 令和<br>2 平成<br>3 昭和<br>4 大正 | 年 | 月 | 日 |  |
| (7) 従事している施設及び業務の種別                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                     |  |         |                                                                                                                          |                                                                                   |                              |                              |   |   |   |  |
| 回答欄                                                                                                                                                                        | 施設の種別                                                                                                                                                                                               |  |         | 業 務 の 種 別                                                                                                                |                                                                                   |                              |                              |   |   |   |  |
| 01～18のうち1つ<br>を記入すること。<br><div>主たる施設・業務<br/>の種別（1つ）</div> <div>複数の施設に従<br/>事している場合<br/>で2番目に長時<br/>間従事している<br/>施設について01<br/>～17のうち1つ</div> <div>従たる施設・業務<br/>の種別（1つ）</div> | 診療所                                                                                                                                                                                                 |  |         | 01 開設者又は法人の代表者<br>02 勤務者                                                                                                 |                                                                                   |                              |                              |   |   |   |  |
|                                                                                                                                                                            | 病院<br>(医育機関附属の病院を除く。)                                                                                                                                                                               |  |         | 03 開設者又は法人の代表者<br>04 勤務者                                                                                                 |                                                                                   |                              |                              |   |   |   |  |
|                                                                                                                                                                            | 医育機関<br>(歯学部若しくは医学部を有する<br>大学若しくは大学研究所又は<br>それらの附属病院)                                                                                                                                               |  |         | 05 臨床系の教官又は教員<br>06 臨床系の大学院生<br>07 臨床系の勤務者で05及び06以外の者（医員、臨床研修歯科医、その他）<br>08 臨床系以外の大学院生<br>09 臨床系以外の勤務者で08以外の者（教官、教員、その他） |                                                                                   |                              |                              |   |   |   |  |
|                                                                                                                                                                            | 介護老人保健施設                                                                                                                                                                                            |  |         | 10 開設者又は法人の代表者<br>11 勤務者                                                                                                 |                                                                                   |                              |                              |   |   |   |  |
|                                                                                                                                                                            | 介護医療院                                                                                                                                                                                               |  |         | 12 開設者又は法人の代表者<br>13 勤務者                                                                                                 |                                                                                   |                              |                              |   |   |   |  |
|                                                                                                                                                                            | 上記以外の施設                                                                                                                                                                                             |  |         | 14 医育機関以外の教育機関又は研究機関の勤務者<br>15 行政機関の従事者<br>16 上記以外の保健衛生業務の従事者                                                            |                                                                                   |                              |                              |   |   |   |  |
|                                                                                                                                                                            | その他                                                                                                                                                                                                 |  |         | 17 その他の業務の従事者<br>18 無職の者                                                                                                 |                                                                                   |                              |                              |   |   |   |  |
|                                                                                                                                                                            | (8) 主たる従事先<br>(「名称」「所在地」「電話」は、(7)欄の「主たる施設・業務の種別」に01～16のいずれかを記入した場合の従事先について記入すること。)                                                                                                                  |  |         |                                                                                                                          |                                                                                   |                              |                              |   |   |   |  |
|                                                                                                                                                                            | ふりがな                                                                                                                                                                                                |  |         |                                                                                                                          |                                                                                   |                              | 電 話                          |   |   |   |  |
|                                                                                                                                                                            | 名 称                                                                                                                                                                                                 |  |         |                                                                                                                          |                                                                                   |                              | 代表電話<br>( - - )              |   |   |   |  |
| 所 在 地                                                                                                                                                                      | 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>都 道 市 町<br>府 県 郡 区 村 |  |         |                                                                                                                          |                                                                                   |                              |                              |   |   |   |  |
| (「就業形態」「主たる業務内容」「休業の取得」は、(7)欄の「主たる施設・業務の種別」に01～05、07及び09～16のいずれかを記入した者のみが記入すること。)                                                                                          |                                                                                                                                                                                                     |  |         |                                                                                                                          |                                                                                   |                              |                              |   |   |   |  |
| 就業形態                                                                                                                                                                       | 1 常勤                                                                                                                                                                                                |  | 2 非常勤   |                                                                                                                          | ※「常勤」とは原則として施設で定めた勤務時間のすべてを勤務している者（ただし、勤務時間が1週間あたり32時間未満の者は含まない）。「非常勤」とは「常勤」以外の者。 |                              |                              |   |   |   |  |
| 主たる業務内容                                                                                                                                                                    | 1 診療                                                                                                                                                                                                |  | 2 教育・研究 |                                                                                                                          | 3 管理                                                                              |                              | 4 その他                        |   |   |   |  |
| 休 業 の 取 得<br>(取得中の者のみ)                                                                                                                                                     | 1 産前・産後休業                                                                                                                                                                                           |  | 2 育児休業  |                                                                                                                          | 3 介護休業                                                                            |                              |                              |   |   |   |  |
| (9) 従たる従事先<br>(複数の施設に従事している場合、(7)欄の「従たる施設・業務の種別」に01～16のいずれかを記入した場合の従事先について記入すること。)                                                                                         |                                                                                                                                                                                                     |  |         |                                                                                                                          |                                                                                   |                              |                              |   |   |   |  |
| ふりがな                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                     |  |         |                                                                                                                          |                                                                                   | 電 話                          |                              |   |   |   |  |
| 名 称                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                     |  |         |                                                                                                                          |                                                                                   | 代表電話<br>( - - )              |                              |   |   |   |  |
| 所 在 地                                                                                                                                                                      | 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>都 道 市 町<br>府 県 郡 区 村 |  |         |                                                                                                                          |                                                                                   |                              |                              |   |   |   |  |

裏面へ続く

|                                                                                                                                                           |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                                   |         |                    |         |               |        |                 |         |        |         |      |          |      |         |      |         |      |         |      |    |      |    |      |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |        |  |  |  |  |  |  |  |  |    |         |    |        |    |      |    |      |    |        |    |        |    |      |    |             |    |               |    |                 |    |         |    |      |    |        |    |      |    |        |  |    |        |    |               |    |        |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------|---------|--------------------|---------|---------------|--------|-----------------|---------|--------|---------|------|----------|------|---------|------|---------|------|---------|------|----|------|----|------|----|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|----|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|----|---------|----|--------|----|------|----|------|----|--------|----|--------|----|------|----|-------------|----|---------------|----|-----------------|----|---------|----|------|----|--------|----|------|----|--------|--|----|--------|----|---------------|----|--------|--|--|--|--|
| (10) 従事する診療科名等                                                                                                                                            |         | (7)欄の「主たる施設・業務の種別」に01～07のいずれかを記入した者のみが記入すること。)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |                                   |         |                    |         |               |        |                 |         |        |         |      |          |      |         |      |         |      |         |      |    |      |    |      |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |        |  |  |  |  |  |  |  |  |    |         |    |        |    |      |    |      |    |        |    |        |    |      |    |             |    |               |    |                 |    |         |    |      |    |        |    |      |    |        |  |    |        |    |               |    |        |  |  |  |  |
| <p>従事するすべての診療科名の番号を○で囲むこと。<br/>また、2つ以上○で囲んだ者は右欄に主たる診療科名の番号を1つ記入すること。</p> <p>臨床研修歯科医の場合、「5 臨床研修歯科医」のみを○で囲むこと。</p> <p>該当する診療科名がない場合、最も近い診療科名の番号を○で囲むこと。</p> |         | <table><tr><td>1</td><td>歯科</td><td>2</td><td>矯正歯科</td><td>3</td><td>小児歯科</td><td>4</td><td>歯科口腔外科</td></tr><tr><td>5</td><td>臨床研修歯科医</td><td colspan="4"></td><td colspan="2"></td></tr></table> <div>主たる診療科名の番号(1つ)</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                   |         | 1                  | 歯科      | 2             | 矯正歯科   | 3               | 小児歯科    | 4      | 歯科口腔外科  | 5    | 臨床研修歯科医  |      |         |      |         |      |         |      |    |      |    |      |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |        |  |  |  |  |  |  |  |  |    |         |    |        |    |      |    |      |    |        |    |        |    |      |    |             |    |               |    |                 |    |         |    |      |    |        |    |      |    |        |  |    |        |    |               |    |        |  |  |  |  |
| 1                                                                                                                                                         | 歯科      | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 矯正歯科     | 3                                 | 小児歯科    | 4                  | 歯科口腔外科  |               |        |                 |         |        |         |      |          |      |         |      |         |      |         |      |    |      |    |      |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |        |  |  |  |  |  |  |  |  |    |         |    |        |    |      |    |      |    |        |    |        |    |      |    |             |    |               |    |                 |    |         |    |      |    |        |    |      |    |        |  |    |        |    |               |    |        |  |  |  |  |
| 5                                                                                                                                                         | 臨床研修歯科医 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                                   |         |                    |         |               |        |                 |         |        |         |      |          |      |         |      |         |      |         |      |    |      |    |      |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |        |  |  |  |  |  |  |  |  |    |         |    |        |    |      |    |      |    |        |    |        |    |      |    |             |    |               |    |                 |    |         |    |      |    |        |    |      |    |        |  |    |        |    |               |    |        |  |  |  |  |
| (11) 取得している広告可能な歯科医師の専門性に関する資格名                                                                                                                           |         | 医療法に基づいて広告することが可能とされている歯科医師の専門性に関する資格を指す。資格は更新制であるため、現時点で資格を取得しているかどうかを確認の上記入すること。<br>なお、「認定医」は広告可能な資格ではないことに留意すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                                   |         |                    |         |               |        |                 |         |        |         |      |          |      |         |      |         |      |         |      |    |      |    |      |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |        |  |  |  |  |  |  |  |  |    |         |    |        |    |      |    |      |    |        |    |        |    |      |    |             |    |               |    |                 |    |         |    |      |    |        |    |      |    |        |  |    |        |    |               |    |        |  |  |  |  |
| 取得しているすべての資格名の番号を○で囲むこと。                                                                                                                                  |         | <table><tr><td>1</td><td>口腔外科専門医</td><td>2</td><td>歯周病専門医</td><td>3</td><td>歯科麻酔専門医</td></tr><tr><td>4</td><td>小児歯科専門医</td><td>5</td><td>歯科放射線専門医</td><td>6</td><td>補綴歯科専門医</td></tr><tr><td>7</td><td>矯正歯科専門医</td><td>8</td><td>歯科保存専門医</td><td colspan="2"></td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                                   |         | 1                  | 口腔外科専門医 | 2             | 歯周病専門医 | 3               | 歯科麻酔専門医 | 4      | 小児歯科専門医 | 5    | 歯科放射線専門医 | 6    | 補綴歯科専門医 | 7    | 矯正歯科専門医 | 8    | 歯科保存専門医 |      |    |      |    |      |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |        |  |  |  |  |  |  |  |  |    |         |    |        |    |      |    |      |    |        |    |        |    |      |    |             |    |               |    |                 |    |         |    |      |    |        |    |      |    |        |  |    |        |    |               |    |        |  |  |  |  |
| 1                                                                                                                                                         | 口腔外科専門医 | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 歯周病専門医   | 3                                 | 歯科麻酔専門医 |                    |         |               |        |                 |         |        |         |      |          |      |         |      |         |      |         |      |    |      |    |      |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |        |  |  |  |  |  |  |  |  |    |         |    |        |    |      |    |      |    |        |    |        |    |      |    |             |    |               |    |                 |    |         |    |      |    |        |    |      |    |        |  |    |        |    |               |    |        |  |  |  |  |
| 4                                                                                                                                                         | 小児歯科専門医 | 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 歯科放射線専門医 | 6                                 | 補綴歯科専門医 |                    |         |               |        |                 |         |        |         |      |          |      |         |      |         |      |         |      |    |      |    |      |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |        |  |  |  |  |  |  |  |  |    |         |    |        |    |      |    |      |    |        |    |        |    |      |    |             |    |               |    |                 |    |         |    |      |    |        |    |      |    |        |  |    |        |    |               |    |        |  |  |  |  |
| 7                                                                                                                                                         | 矯正歯科専門医 | 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 歯科保存専門医  |                                   |         |                    |         |               |        |                 |         |        |         |      |          |      |         |      |         |      |         |      |    |      |    |      |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |        |  |  |  |  |  |  |  |  |    |         |    |        |    |      |    |      |    |        |    |        |    |      |    |             |    |               |    |                 |    |         |    |      |    |        |    |      |    |        |  |    |        |    |               |    |        |  |  |  |  |
| (12) 歯科医師免許取得の際に歯学課程を修めた大学名等                                                                                                                              |         | <table><tr><td rowspan="3">国立</td><td>01</td><td>北海道大学</td><td>02</td><td>東北大学</td><td>03</td><td>東京科学大学</td><td>04</td><td>新潟大学</td><td>05</td><td>大阪大学</td></tr><tr><td>06</td><td>岡山大学</td><td>07</td><td>広島大学</td><td>08</td><td>徳島大学</td><td>09</td><td>九州大学</td><td>10</td><td>長崎大学</td></tr><tr><td>11</td><td>鹿児島大学</td><td colspan="8"></td></tr><tr><td rowspan="4">公立・外国歯学校</td><td>12</td><td>九州歯科大学</td><td colspan="8"></td></tr><tr><td>13</td><td>北海道医療大学</td><td>14</td><td>岩手医科大学</td><td>15</td><td>奥羽大学</td><td>16</td><td>明海大学</td><td>17</td><td>東京歯科大学</td></tr><tr><td>18</td><td>昭和医科大学</td><td>19</td><td>日本大学</td><td>20</td><td>日本大学(松戸歯学部)</td><td>21</td><td>日本歯科大学(生命歯学部)</td><td>22</td><td>日本歯科大学(新潟生命歯学部)</td></tr><tr><td>23</td><td>神奈川歯科大学</td><td>24</td><td>鶴見大学</td><td>25</td><td>松本歯科大学</td><td>26</td><td>朝日大学</td><td>27</td><td>愛知学院大学</td></tr><tr><td></td><td>28</td><td>大阪歯科大学</td><td>29</td><td>福岡歯科大学(口腔歯学部)</td><td>30</td><td>外国の歯学校</td><td colspan="4"></td></tr></table> |          |                                   |         | 国立                 | 01      | 北海道大学         | 02     | 東北大学            | 03      | 東京科学大学 | 04      | 新潟大学 | 05       | 大阪大学 | 06      | 岡山大学 | 07      | 広島大学 | 08      | 徳島大学 | 09 | 九州大学 | 10 | 長崎大学 | 11 | 鹿児島大学 |  |  |  |  |  |  |  |  | 公立・外国歯学校 | 12 | 九州歯科大学 |  |  |  |  |  |  |  |  | 13 | 北海道医療大学 | 14 | 岩手医科大学 | 15 | 奥羽大学 | 16 | 明海大学 | 17 | 東京歯科大学 | 18 | 昭和医科大学 | 19 | 日本大学 | 20 | 日本大学(松戸歯学部) | 21 | 日本歯科大学(生命歯学部) | 22 | 日本歯科大学(新潟生命歯学部) | 23 | 神奈川歯科大学 | 24 | 鶴見大学 | 25 | 松本歯科大学 | 26 | 朝日大学 | 27 | 愛知学院大学 |  | 28 | 大阪歯科大学 | 29 | 福岡歯科大学(口腔歯学部) | 30 | 外国の歯学校 |  |  |  |  |
| 国立                                                                                                                                                        | 01      | 北海道大学                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 02       | 東北大学                              | 03      |                    | 東京科学大学  | 04            | 新潟大学   | 05              | 大阪大学    |        |         |      |          |      |         |      |         |      |         |      |    |      |    |      |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |        |  |  |  |  |  |  |  |  |    |         |    |        |    |      |    |      |    |        |    |        |    |      |    |             |    |               |    |                 |    |         |    |      |    |        |    |      |    |        |  |    |        |    |               |    |        |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                           | 06      | 岡山大学                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 07       | 広島大学                              | 08      |                    | 徳島大学    | 09            | 九州大学   | 10              | 長崎大学    |        |         |      |          |      |         |      |         |      |         |      |    |      |    |      |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |        |  |  |  |  |  |  |  |  |    |         |    |        |    |      |    |      |    |        |    |        |    |      |    |             |    |               |    |                 |    |         |    |      |    |        |    |      |    |        |  |    |        |    |               |    |        |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                           | 11      | 鹿児島大学                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |                                   |         |                    |         |               |        |                 |         |        |         |      |          |      |         |      |         |      |         |      |    |      |    |      |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |        |  |  |  |  |  |  |  |  |    |         |    |        |    |      |    |      |    |        |    |        |    |      |    |             |    |               |    |                 |    |         |    |      |    |        |    |      |    |        |  |    |        |    |               |    |        |  |  |  |  |
| 公立・外国歯学校                                                                                                                                                  | 12      | 九州歯科大学                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                   |         |                    |         |               |        |                 |         |        |         |      |          |      |         |      |         |      |         |      |    |      |    |      |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |        |  |  |  |  |  |  |  |  |    |         |    |        |    |      |    |      |    |        |    |        |    |      |    |             |    |               |    |                 |    |         |    |      |    |        |    |      |    |        |  |    |        |    |               |    |        |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                           | 13      | 北海道医療大学                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 14       | 岩手医科大学                            | 15      | 奥羽大学               | 16      | 明海大学          | 17     | 東京歯科大学          |         |        |         |      |          |      |         |      |         |      |         |      |    |      |    |      |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |        |  |  |  |  |  |  |  |  |    |         |    |        |    |      |    |      |    |        |    |        |    |      |    |             |    |               |    |                 |    |         |    |      |    |        |    |      |    |        |  |    |        |    |               |    |        |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                           | 18      | 昭和医科大学                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 19       | 日本大学                              | 20      | 日本大学(松戸歯学部)        | 21      | 日本歯科大学(生命歯学部) | 22     | 日本歯科大学(新潟生命歯学部) |         |        |         |      |          |      |         |      |         |      |         |      |    |      |    |      |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |        |  |  |  |  |  |  |  |  |    |         |    |        |    |      |    |      |    |        |    |        |    |      |    |             |    |               |    |                 |    |         |    |      |    |        |    |      |    |        |  |    |        |    |               |    |        |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                           | 23      | 神奈川歯科大学                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 24       | 鶴見大学                              | 25      | 松本歯科大学             | 26      | 朝日大学          | 27     | 愛知学院大学          |         |        |         |      |          |      |         |      |         |      |         |      |    |      |    |      |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |        |  |  |  |  |  |  |  |  |    |         |    |        |    |      |    |      |    |        |    |        |    |      |    |             |    |               |    |                 |    |         |    |      |    |        |    |      |    |        |  |    |        |    |               |    |        |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                           | 28      | 大阪歯科大学                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 29       | 福岡歯科大学(口腔歯学部)                     | 30      | 外国の歯学校             |         |               |        |                 |         |        |         |      |          |      |         |      |         |      |         |      |    |      |    |      |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |        |  |  |  |  |  |  |  |  |    |         |    |        |    |      |    |      |    |        |    |        |    |      |    |             |    |               |    |                 |    |         |    |      |    |        |    |      |    |        |  |    |        |    |               |    |        |  |  |  |  |
| (13) 臨床研修修了の有無                                                                                                                                            |         | 1 有 ・ 2 無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          | (14) 臨床研修施設の所在都道府県名<br>(13)欄が有の場合 |         |                    |         |               |        |                 |         |        |         |      |          |      |         |      |         |      |         |      |    |      |    |      |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |        |  |  |  |  |  |  |  |  |    |         |    |        |    |      |    |      |    |        |    |        |    |      |    |             |    |               |    |                 |    |         |    |      |    |        |    |      |    |        |  |    |        |    |               |    |        |  |  |  |  |
| (15) 出身地                                                                                                                                                  |         | (あなたが高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県(出身地)を記入すること。外国の場合は「外国」を○で囲むこと。)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                   |         | 都道府県 [ ] ・ 外国      |         |               |        |                 |         |        |         |      |          |      |         |      |         |      |         |      |    |      |    |      |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |        |  |  |  |  |  |  |  |  |    |         |    |        |    |      |    |      |    |        |    |        |    |      |    |             |    |               |    |                 |    |         |    |      |    |        |    |      |    |        |  |    |        |    |               |    |        |  |  |  |  |
| (16) 本届出票の活用に対する確認                                                                                                                                        |         | 各都道府県における歯科医師の適正配置の検討等に活用するため、本届出票に記載した情報の全部又は一部を、住所地の都道府県及び従事先の所在地の都道府県が利用することに同意しない場合には、右欄に○を付けること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |                                   |         | <div>同意しない場合</div> |         |               |        |                 |         |        |         |      |          |      |         |      |         |      |         |      |    |      |    |      |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |        |  |  |  |  |  |  |  |  |    |         |    |        |    |      |    |      |    |        |    |        |    |      |    |             |    |               |    |                 |    |         |    |      |    |        |    |      |    |        |  |    |        |    |               |    |        |  |  |  |  |
| (17) 備考                                                                                                                                                   |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                                   |         |                    |         |               |        |                 |         |        |         |      |          |      |         |      |         |      |         |      |    |      |    |      |    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |          |    |        |  |  |  |  |  |  |  |  |    |         |    |        |    |      |    |      |    |        |    |        |    |      |    |             |    |               |    |                 |    |         |    |      |    |        |    |      |    |        |  |    |        |    |               |    |        |  |  |  |  |

提出期限 翌年1月15日



|         |  |
|---------|--|
| ※ 登録番号  |  |
| ※ 登録年月日 |  |

|            |   |   |   |   |
|------------|---|---|---|---|
| 収          | 入 | 印 | 紙 | 欄 |
| (消印しないこと。) |   |   |   |   |

## 再教育研修修了登録証申請書

|              |   |  |  |  |  |  |  |   |               |                      |  |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |
|--------------|---|--|--|--|--|--|--|---|---------------|----------------------|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|
| 歯科医籍<br>登録番号 | 第 |  |  |  |  |  |  | 号 | 歯科医籍<br>登録年月日 | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和 |  |  |  |  | 年 |  |  |  | 月 |  |  |  | 日 |
|--------------|---|--|--|--|--|--|--|---|---------------|----------------------|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|

## 1 再教育研修の開始年月日及び修了年月日

| 開始年月日    |  |  |  |  |  |   |  |  |   | 修了年月日 |  |  |  |   |          |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |   |
|----------|--|--|--|--|--|---|--|--|---|-------|--|--|--|---|----------|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|---|
| 平成<br>令和 |  |  |  |  |  | 年 |  |  | 月 |       |  |  |  | 日 | 平成<br>令和 |  |  |  |  |  | 年 |  |  |  |  | 月 |  |  |  | 日 |

## 2 個別研修に係る再教育命令を受けた者にあつては、助言指導者の氏名

|          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 助言指導者の氏名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

上記により、再教育研修修了登録証を申請します。

令和 年 月 日

|                |            |
|----------------|------------|
| 本 籍<br>( 国 籍 ) | 都 道<br>府 県 |
|----------------|------------|

|      |   |      |     |
|------|---|------|-----|
| 郵便番号 | — | 電話番号 | ( ) |
|------|---|------|-----|

|     |            |
|-----|------------|
| 住 所 | 都 道<br>府 県 |
|-----|------------|

|       |      |     |
|-------|------|-----|
| ふりがな  | (氏)  | (名) |
| 氏 名   |      |     |
|       | (旧姓) |     |
| 通 称 名 |      |     |

|     |   |
|-----|---|
| 性 別 | 男 |
|     | 女 |

|         |                             |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |   |  |  |   |
|---------|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|---|--|--|---|
| 生 年 月 日 | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和<br>西 暦 |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |
|---------|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|---|--|--|---|

厚生労働大臣 殿

- (注意) 1 ※印欄には、記入しないこと。  
2 該当する不動文字を○で囲むこと。  
3 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。  
4 用紙の大きさは、A4とすること。

|            |   |   |   |   |
|------------|---|---|---|---|
| 収          | 入 | 印 | 紙 | 欄 |
| (消印しないこと。) |   |   |   |   |

## 再教育研修修了登録証書換交付申請書

|              |   |  |  |  |  |  |  |   |                  |                          |  |  |   |  |  |   |  |  |   |
|--------------|---|--|--|--|--|--|--|---|------------------|--------------------------|--|--|---|--|--|---|--|--|---|
| 歯科医籍<br>登録番号 | 第 |  |  |  |  |  |  | 号 | 歯科医籍<br>登録年月日    | 大 正<br>昭 和<br>平 成<br>令 和 |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |
|              |   |  |  |  |  |  |  |   | 再教育研修修<br>了登録年月日 | 平 成<br>令 和               |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |

## 変更を生じた事項

|                | 変 更 前   |  |     |   |   | 変 更 後 ( 第 1 回 ) |  |     |   |   | 変 更 後 ( 第 2 回 ) |  |     |  |  |
|----------------|---------|--|-----|---|---|-----------------|--|-----|---|---|-----------------|--|-----|--|--|
| 本 籍<br>( 国 籍 ) | 都 道 府 県 |  |     |   |   | 都 道 府 県         |  |     |   |   | 都 道 府 県         |  |     |  |  |
| ふりがな           | (氏)     |  | (名) |   |   | (氏)             |  | (名) |   |   | (氏)             |  | (名) |  |  |
| 氏 名            |         |  |     |   |   |                 |  |     |   |   |                 |  |     |  |  |
|                | (旧姓)    |  |     |   |   | (旧姓)            |  |     |   |   | (旧姓)            |  |     |  |  |
| 通 称 名          |         |  |     |   |   |                 |  |     |   |   |                 |  |     |  |  |
| 性 別            | 男 ・ 女   |  |     |   |   | 男 ・ 女           |  |     |   |   | 男 ・ 女           |  |     |  |  |
| 生年月日           | 大 正     |  |     |   | 年 | 大 正             |  |     |   | 年 |                 |  |     |  |  |
|                | 昭 和     |  |     |   |   | 昭 和             |  |     |   |   |                 |  |     |  |  |
|                | 平 成     |  |     |   |   | 平 成             |  |     |   |   |                 |  |     |  |  |
|                | 令 和     |  |     |   |   | 令 和             |  |     |   |   |                 |  |     |  |  |
|                | 西 暦     |  |     | 月 | 日 | 西 暦             |  |     | 月 | 日 |                 |  |     |  |  |

上記により、再教育研修修了登録証の書換交付を申請します。

令和 年 月 日

|      |            |                  |                            |
|------|------------|------------------|----------------------------|
| 郵便番号 | —          | 電話番号             | ( )                        |
| 住 所  | 都 道<br>府 県 |                  |                            |
| 氏 名  |            | 生<br>年<br>月<br>日 | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和<br>西暦 |

厚生労働大臣 殿

- (注意) 1 ※印欄には、記入しないこと。  
2 該当する不動文字を○で囲むこと。  
3 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。  
4 用紙の大きさは、A4とすること。

|         |  |
|---------|--|
| ※ 登録番号  |  |
| ※ 登録年月日 |  |

|            |   |   |   |   |
|------------|---|---|---|---|
| 収          | 入 | 印 | 紙 | 欄 |
| (消印しないこと。) |   |   |   |   |

## 再教育研修修了登録証再交付申請書

|              |            |  |  |  |  |  |  |   |                  |                      |  |  |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |   |
|--------------|------------|--|--|--|--|--|--|---|------------------|----------------------|--|--|--|--|---|---|--|--|--|---|---|--|--|--|---|
| 歯科医籍<br>登録番号 | 第          |  |  |  |  |  |  | 号 | 歯科医籍<br>登録年月日    | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和 |  |  |  |  | 年 |   |  |  |  | 月 |   |  |  |  | 日 |
| 本籍<br>(国籍)   | 都 道<br>府 県 |  |  |  |  |  |  |   | 再教育研修修了<br>登録年月日 | 平成<br>令和             |  |  |  |  |   | 年 |  |  |  |   | 月 |  |  |  | 日 |

|       |      |     |
|-------|------|-----|
| ふりがな  | (氏)  | (名) |
| 氏 名   |      |     |
|       | (旧姓) |     |
| 通 称 名 |      |     |

|     |   |
|-----|---|
| 性 別 | 男 |
|     | 女 |

|      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |
|------|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|
| 生年月日 | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和<br>西暦 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 |  |  |  |  | 月 |  |  |  |  | 日 |
|------|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|

上記の再教育研修修了登録証を( 破つた ・ 汚した ・ 失つた )ので、再教育研修修了登録証の再交付を申請します。

令和      年      月      日

|          |            |          |
|----------|------------|----------|
| 郵便番号     | 電話番号       | (      ) |
| 住      所 | 都 道<br>府 県 |          |
| 氏      名 |            |          |

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- ※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。
  - 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
  - 用紙の大きさは、A4とすること。

第三号書式（第十三条、第十五条関係）

|   |   |
|---|---|
| 収 | 入 |
| 印 | 紙 |

歯科医師国家試験（歯科医師国家試験予備試験）願書

受験地（ ）

|                                            |       |        |  |
|--------------------------------------------|-------|--------|--|
| 本 籍（国籍等）                                   |       |        |  |
| 住 所                                        | 電話（ ） |        |  |
| ふりがな<br>氏 名                                | (旧姓)  | 年 月 日生 |  |
| 学 歴<br>〔高等学校又は中等<br>教育学校卒業から<br>記入してください。〕 |       |        |  |
| 職 歴                                        |       |        |  |

上記により、歯科医師国家試験（歯科医師国家試験予備試験）を受験したいので申請します。

令和 年 月 日

氏 名

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
  - 2 該当する不動文字を○で囲むこと。
  - 3 字は、インク、ボールペン等(黒又は青に限る。)を用い、かい書ではっきりと書くこと。
  - 4 収入印紙には、消印をしないこと。



|         |  |
|---------|--|
| ※ 登録番号  |  |
| ※ 登録年月日 |  |

|            |   |   |   |   |
|------------|---|---|---|---|
| 収          | 入 | 印 | 紙 | 欄 |
| (消印しないこと。) |   |   |   |   |

## 再教育研修修了登録証申請書

|              |   |  |  |  |  |  |  |  |   |               |                      |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |
|--------------|---|--|--|--|--|--|--|--|---|---------------|----------------------|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|
| 助産師籍<br>登録番号 | 第 |  |  |  |  |  |  |  | 号 | 助産師籍<br>登録年月日 | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和 |  |  |  |  |  |  | 年 |  |  |  | 月 |  |  |  | 日 |
|--------------|---|--|--|--|--|--|--|--|---|---------------|----------------------|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|

### 1 再教育研修の開始年月日及び修了年月日

|          |  |  |  |  |  |   |  |  |   |       |  |   |          |  |  |  |  |  |   |  |  |   |  |  |   |
|----------|--|--|--|--|--|---|--|--|---|-------|--|---|----------|--|--|--|--|--|---|--|--|---|--|--|---|
| 開始年月日    |  |  |  |  |  |   |  |  |   | 修了年月日 |  |   |          |  |  |  |  |  |   |  |  |   |  |  |   |
| 平成<br>令和 |  |  |  |  |  | 年 |  |  | 月 |       |  | 日 | 平成<br>令和 |  |  |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |

### 2 個別研修に係る再教育命令を受けた者にあつては、助言指導者の氏名

|          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 助言指導者の氏名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

上記により、再教育研修修了登録証を申請します。

令和 年 月 日

|           |   |          |
|-----------|---|----------|
| 本<br>(国籍) | 籍 | 都道<br>府県 |
|-----------|---|----------|

|      |   |      |     |
|------|---|------|-----|
| 郵便番号 | — | 電話番号 | ( ) |
|------|---|------|-----|

|        |          |
|--------|----------|
| 住<br>所 | 都道<br>府県 |
|--------|----------|

|      |      |     |
|------|------|-----|
| ふりがな | (氏)  | (名) |
| 氏名   |      |     |
|      | (旧姓) |     |
| 通称名  |      |     |

|      |                |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |
|------|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|
| 生年月日 | 昭和<br>平成<br>西暦 |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 |  |  |  |  | 月 |  |  |  |  | 日 |
|------|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- ※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。
  - 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
  - 用紙の大きさは、A4とすること。



|         |  |
|---------|--|
| ※ 登録番号  |  |
| ※ 登録年月日 |  |

|            |   |   |   |   |
|------------|---|---|---|---|
| 収          | 入 | 印 | 紙 | 欄 |
| (消印しないこと。) |   |   |   |   |

再教育研修修了登録証書換交付申請書

|              |   |  |  |  |  |  |   |               |                      |          |  |  |  |   |   |  |  |   |   |  |  |   |
|--------------|---|--|--|--|--|--|---|---------------|----------------------|----------|--|--|--|---|---|--|--|---|---|--|--|---|
| 保健師籍<br>登録番号 | 第 |  |  |  |  |  | 号 | 保健師籍<br>登録年月日 | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和 |          |  |  |  | 年 |   |  |  | 月 |   |  |  | 日 |
|              |   |  |  |  |  |  |   |               | 再教育研修修了登録年月日         | 平成<br>令和 |  |  |  |   | 年 |  |  |   | 月 |  |  | 日 |

変更を生じた事項

|                |                          |     |  |   |                          |     |  |   |                 |     |  |   |  |  |   |
|----------------|--------------------------|-----|--|---|--------------------------|-----|--|---|-----------------|-----|--|---|--|--|---|
|                | 変 更 前                    |     |  |   | 変 更 後 ( 第 1 回 )          |     |  |   | 変 更 後 ( 第 2 回 ) |     |  |   |  |  |   |
| 本 籍<br>( 国 籍 ) | 都 道<br>府 県               |     |  |   | 都 道<br>府 県               |     |  |   | 都 道<br>府 県      |     |  |   |  |  |   |
| ふりがな           | (氏)                      | (名) |  |   | (氏)                      | (名) |  |   | (氏)             | (名) |  |   |  |  |   |
| 氏 名            |                          |     |  |   |                          |     |  |   |                 |     |  |   |  |  |   |
|                | (旧姓)                     |     |  |   | (旧姓)                     |     |  |   | (旧姓)            |     |  |   |  |  |   |
| 通 称 名          |                          |     |  |   |                          |     |  |   |                 |     |  |   |  |  |   |
| 性 別            | 男 ・ 女                    |     |  |   | 男 ・ 女                    |     |  |   | 男 ・ 女           |     |  |   |  |  |   |
| 生年月日           | 昭 和<br>平 成<br>令 和<br>西 暦 |     |  | 年 | 昭 和<br>平 成<br>令 和<br>西 暦 |     |  | 年 |                 |     |  | 月 |  |  | 日 |

上記により、再教育研修修了登録証の書換交付を申請します。

令和 年 月 日

|      |            |      |                          |  |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |   |
|------|------------|------|--------------------------|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|---|
| 郵便番号 | —          | 電話番号 | ( )                      |  |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |   |
| 住 所  | 都 道<br>府 県 |      |                          |  |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |   |
| 氏 名  |            | 生年月日 | 昭 和<br>平 成<br>令 和<br>西 暦 |  |  |  |  | 年 |  |  |  | 月 |  |  | 日 |

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- 1 ※印欄には、記入しないこと。
  - 2 該当する不動文字を○で囲むこと。
  - 3 黒ボールペンをを用い、かい書ではっきり記入すること。
  - 4 用紙の大きさは、A4とすること。



|         |  |
|---------|--|
| ※ 登録番号  |  |
| ※ 登録年月日 |  |

|            |   |   |   |   |
|------------|---|---|---|---|
| 収          | 入 | 印 | 紙 | 欄 |
| (消印しないこと。) |   |   |   |   |

再教育研修修了登録証書換交付申請書

|              |   |  |  |  |  |  |   |               |                      |          |  |  |   |   |  |   |   |  |   |
|--------------|---|--|--|--|--|--|---|---------------|----------------------|----------|--|--|---|---|--|---|---|--|---|
| 助産師籍<br>登録番号 | 第 |  |  |  |  |  | 号 | 助産師籍<br>登録年月日 | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和 |          |  |  | 年 |   |  | 月 |   |  | 日 |
|              |   |  |  |  |  |  |   |               | 再教育研修修了登録年月日         | 平成<br>令和 |  |  |   | 年 |  |   | 月 |  | 日 |

変更を生じた事項

|            |                      |  |  |  |   |  |  |   |      |  |  |  |   |  |   |                      |      |  |  |  |        |  |  |  |     |   |  |  |   |  |  |   |        |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |
|------------|----------------------|--|--|--|---|--|--|---|------|--|--|--|---|--|---|----------------------|------|--|--|--|--------|--|--|--|-----|---|--|--|---|--|--|---|--------|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|
|            | 変                    |  |  |  | 更 |  |  |   | 前    |  |  |  | 変 |  |   |                      | 更    |  |  |  | 後（第1回） |  |  |  | 変   |   |  |  | 更 |  |  |   | 後（第2回） |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |
| 本籍<br>（国籍） |                      |  |  |  |   |  |  |   | 都道府県 |  |  |  |   |  |   |                      |      |  |  |  | 都道府県   |  |  |  |     |   |  |  |   |  |  |   | 都道府県   |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |
| ふりがな       | (氏)                  |  |  |  |   |  |  |   | (名)  |  |  |  |   |  |   |                      | (氏)  |  |  |  |        |  |  |  | (名) |   |  |  |   |  |  |   | (氏)    |  |  |  |  |  |  |  | (名) |  |  |  |
| 氏名         |                      |  |  |  |   |  |  |   |      |  |  |  |   |  |   |                      |      |  |  |  |        |  |  |  |     |   |  |  |   |  |  |   |        |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |
|            | (旧姓)                 |  |  |  |   |  |  |   |      |  |  |  |   |  |   |                      | (旧姓) |  |  |  |        |  |  |  |     |   |  |  |   |  |  |   | (旧姓)   |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |
| 通称名        |                      |  |  |  |   |  |  |   |      |  |  |  |   |  |   |                      |      |  |  |  |        |  |  |  |     |   |  |  |   |  |  |   |        |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |
| 生年月日       | 昭和<br>平成<br>令和<br>西暦 |  |  |  |   |  |  | 年 |      |  |  |  |   |  | 日 | 昭和<br>平成<br>令和<br>西暦 |      |  |  |  |        |  |  |  |     | 年 |  |  |   |  |  | 日 |        |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |
|            |                      |  |  |  |   |  |  |   |      |  |  |  |   |  |   |                      |      |  |  |  |        |  |  |  |     |   |  |  |   |  |  |   |        |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |

上記により、再教育研修修了登録証の書換交付を申請します。

令和 年 月 日

|      |      |      |     |  |      |                      |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |
|------|------|------|-----|--|------|----------------------|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|
| 郵便番号 | —    | 電話番号 | ( ) |  |      |                      |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |
| 住所   | 都道府県 |      |     |  |      |                      |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |
| 氏名   |      |      |     |  | 生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和<br>西暦 |  |  |  |  |  |  | 年 |  |  |  | 月 |  |  |  | 日 |

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- ※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。
  - 黒ボールペンをを用い、かい書ではっきり記入すること。
  - 用紙の大きさは、A4とすること。

|         |  |
|---------|--|
| ※ 登録番号  |  |
| ※ 登録年月日 |  |

|            |   |   |   |   |
|------------|---|---|---|---|
| 収          | 入 | 印 | 紙 | 欄 |
| (消印しないこと。) |   |   |   |   |

再教育研修修了登録証書換交付申請書

|              |   |  |  |  |  |  |  |   |               |                      |  |  |  |   |  |  |   |  |   |   |
|--------------|---|--|--|--|--|--|--|---|---------------|----------------------|--|--|--|---|--|--|---|--|---|---|
| 看護師籍<br>登録番号 | 第 |  |  |  |  |  |  | 号 | 看護師籍<br>登録年月日 | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和 |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |   | 日 |
|              |   |  |  |  |  |  |  |   | 再教育研修修了登録年月日  | 平成<br>令和             |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  | 日 |   |

変更を生じた事項

|            |                      |  |  |  |     |  |  |  |      |  |  |  |     |  |  |  |      |  |  |  |        |  |  |  |                      |  |  |  |   |  |  |  |        |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |
|------------|----------------------|--|--|--|-----|--|--|--|------|--|--|--|-----|--|--|--|------|--|--|--|--------|--|--|--|----------------------|--|--|--|---|--|--|--|--------|--|--|--|---|--|--|--|-----|--|--|--|
|            | 変                    |  |  |  | 更   |  |  |  | 前    |  |  |  | 変   |  |  |  | 更    |  |  |  | 後（第1回） |  |  |  | 変                    |  |  |  | 更 |  |  |  | 後（第2回） |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |
| 本籍<br>（国籍） |                      |  |  |  |     |  |  |  | 都道府県 |  |  |  |     |  |  |  |      |  |  |  | 都道府県   |  |  |  |                      |  |  |  |   |  |  |  | 都道府県   |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |
| ふりがな       | (氏)                  |  |  |  |     |  |  |  | (名)  |  |  |  |     |  |  |  | (氏)  |  |  |  |        |  |  |  | (名)                  |  |  |  |   |  |  |  | (氏)    |  |  |  |   |  |  |  | (名) |  |  |  |
| 氏名         |                      |  |  |  |     |  |  |  |      |  |  |  |     |  |  |  |      |  |  |  |        |  |  |  |                      |  |  |  |   |  |  |  |        |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |
|            | (旧姓)                 |  |  |  |     |  |  |  |      |  |  |  |     |  |  |  | (旧姓) |  |  |  |        |  |  |  |                      |  |  |  |   |  |  |  | (旧姓)   |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |
| 通称名        |                      |  |  |  |     |  |  |  |      |  |  |  |     |  |  |  |      |  |  |  |        |  |  |  |                      |  |  |  |   |  |  |  |        |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |
| 性別         |                      |  |  |  | 男・女 |  |  |  |      |  |  |  | 男・女 |  |  |  |      |  |  |  |        |  |  |  | 男・女                  |  |  |  |   |  |  |  |        |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |
| 生年月日       | 昭和<br>平成<br>令和<br>西暦 |  |  |  |     |  |  |  |      |  |  |  | 年   |  |  |  |      |  |  |  |        |  |  |  | 昭和<br>平成<br>令和<br>西暦 |  |  |  |   |  |  |  |        |  |  |  | 年 |  |  |  |     |  |  |  |
|            |                      |  |  |  |     |  |  |  |      |  |  |  |     |  |  |  |      |  |  |  |        |  |  |  |                      |  |  |  |   |  |  |  |        |  |  |  |   |  |  |  |     |  |  |  |

上記により、再教育研修修了登録証の書換交付を申請します。

令和 年 月 日

|      |      |      |                      |
|------|------|------|----------------------|
| 郵便番号 | —    | 電話番号 | ( )                  |
| 住所   | 都道府県 |      |                      |
| 氏名   |      | 生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和<br>西暦 |
|      |      |      | 年                    |
|      |      |      | 月                    |
|      |      |      | 日                    |

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- ※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、かい書ではっきり記入すること。
  - 用紙の大きさは、A4とすること。

|         |  |
|---------|--|
| ※ 登録番号  |  |
| ※ 登録年月日 |  |

|            |   |   |   |   |
|------------|---|---|---|---|
| 収          | 入 | 印 | 紙 | 欄 |
| (消印しないこと。) |   |   |   |   |

再教育研修修了登録証再交付申請書

|                |            |  |  |  |  |  |  |  |   |                      |                          |            |  |  |  |   |   |  |  |   |   |  |  |   |   |
|----------------|------------|--|--|--|--|--|--|--|---|----------------------|--------------------------|------------|--|--|--|---|---|--|--|---|---|--|--|---|---|
| 保健師籍<br>登録番号   | 第          |  |  |  |  |  |  |  | 号 | 保 健 師 籍<br>登 録 年 月 日 | 大 正<br>昭 和<br>平 成<br>令 和 |            |  |  |  | 年 |   |  |  | 月 |   |  |  | 日 |   |
| 本 籍<br>( 国 籍 ) | 都 道<br>府 県 |  |  |  |  |  |  |  |   |                      | 再教育研修修了登録年月日             | 平 成<br>令 和 |  |  |  |   | 年 |  |  |   | 月 |  |  |   | 日 |

|       |      |     |
|-------|------|-----|
| ふりがな  | (氏)  | (名) |
| 氏 名   |      |     |
|       | (旧姓) |     |
| 通 称 名 |      |     |

|     |   |
|-----|---|
| 性 別 | 男 |
|     | 女 |

|      |                          |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |
|------|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|
| 生年月日 | 昭 和<br>平 成<br>令 和<br>西 暦 |  |  |  |  |  |  |  | 年 |  |  |  | 月 |  |  |  | 日 |
|------|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|

上記の再教育研修修了登録証を( 破った ・ 汚した ・ 失った )ので、再教育研修修了登録証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

|      |            |      |     |
|------|------------|------|-----|
| 郵便番号 |            | 電話番号 | ( ) |
| 住 所  | 都 道<br>府 県 |      |     |
| 氏 名  |            |      |     |

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- 1 ※印欄には、記入しないこと。
  - 2 該当する不動文字を○で囲むこと。
  - 3 黒ボールペンをうい、かい書ではっきり記入すること。
  - 4 用紙の大きさは、A4とすること。

|         |  |
|---------|--|
| ※ 登録番号  |  |
| ※ 登録年月日 |  |

|            |   |   |   |   |
|------------|---|---|---|---|
| 収          | 入 | 印 | 紙 | 欄 |
| (消印しないこと。) |   |   |   |   |

## 再教育研修修了登録証再交付申請書

|              |      |  |  |  |  |  |  |  |   |                  |                      |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |   |   |  |  |   |
|--------------|------|--|--|--|--|--|--|--|---|------------------|----------------------|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|---|---|--|--|---|
| 助産師籍<br>登録番号 | 第    |  |  |  |  |  |  |  | 号 | 助産師籍<br>登録年月日    | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和 |  |  |  |  |  |  | 年 |  |  |  | 月 |   |  |  | 日 |
| 本籍<br>(国籍)   | 都道府県 |  |  |  |  |  |  |  |   | 再教育研修<br>修了登録年月日 | 平成<br>令和             |  |  |  |  |  |  | 年 |  |  |  |   | 月 |  |  | 日 |

|      |      |     |
|------|------|-----|
| ふりがな | (氏)  | (名) |
| 氏名   |      |     |
|      | (旧姓) |     |
| 通称名  |      |     |

|      |                      |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |   |
|------|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|---|
| 生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和<br>西暦 |  |  |  |  |  |  |  | 年 |  |  |  |  | 月 |  |  |  | 日 |
|------|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|---|

上記の再教育研修修了登録証を( 破った ・ 汚した ・ 失った )ので、再教育研修修了登録証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

|      |      |     |
|------|------|-----|
| 郵便番号 | 電話番号 | ( ) |
| 住所   | 都道府県 |     |
| 氏名   |      |     |

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- ※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。
  - 黒ボールペンを用い、かいい書ではっきり記入すること。
  - 用紙の大きさは、A4とすること。

|           |  |
|-----------|--|
| ※ 登 録 番 号 |  |
| ※ 登録年月日   |  |

|                  |   |   |   |   |
|------------------|---|---|---|---|
| 収                | 入 | 印 | 紙 | 欄 |
| (消 印 し な い こ と。) |   |   |   |   |

再教育研修修了登録証再交付申請書

|              |            |  |  |  |  |  |  |  |   |                      |                          |  |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |
|--------------|------------|--|--|--|--|--|--|--|---|----------------------|--------------------------|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|
| 看護師籍<br>登録番号 | 第          |  |  |  |  |  |  |  | 号 | 看 護 師 籍<br>登 録 年 月 日 | 大 正<br>昭 和<br>平 成<br>令 和 |  |  |  |  | 年 |  |  |  | 月 |  |  |  | 日 |
| 本籍<br>(国籍)   | 都 道<br>府 県 |  |  |  |  |  |  |  |   | 再教育研修<br>修了登録年月日     | 平 成<br>令 和               |  |  |  |  | 年 |  |  |  | 月 |  |  |  | 日 |

|       |      |     |
|-------|------|-----|
| ふりがな  | (氏)  | (名) |
| 氏 名   |      |     |
|       | (旧姓) |     |
| 通 称 名 |      |     |

|     |   |
|-----|---|
| 性 別 | 男 |
|     | 女 |

|      |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |
|------|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|
| 生年月日 | 昭 和<br>平 成<br>令 和<br>西 暦 |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 |  |  |  |  | 月 |  |  |  |  | 日 |
|------|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|

上記の再教育研修修了登録証を( 破った ・ 汚した ・ 失った )ので、再教育研修修了登録証の再交付を申請します。

令和        年        月        日

|      |            |      |            |
|------|------------|------|------------|
| 郵便番号 |            | 電話番号 | (        ) |
| 住 所  | 都 道<br>府 県 |      |            |
| 氏 名  |            |      |            |

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- ※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、かい書ではっきり記入すること。
  - 用紙の大きさは、A4とすること。

保健師（助産師、看護師）国家試験願書

収 入  
印 紙

受験地 （ ）

|                                                   |           |        |
|---------------------------------------------------|-----------|--------|
| 本籍（国籍等）                                           |           |        |
| 住 所                                               | 電話<br>( ) |        |
| ふりがな<br>氏 名                                       | (旧姓)      | 年 月 日生 |
| 学 歴<br>(中学校若しくは義務教育学校卒業又は中等教育学校前期課程修了から記入してください。) |           |        |
| 職 歴                                               |           |        |

上記により、保健師（助産師、看護師）国家試験を受験したいので申請します。

令和 年 月 日

氏 名

厚生労働大臣 殿

- (注意) 1 用紙の大きさは、A4とすること。  
2 字は、インク、ボールペン等（黒又は青に限る。）を用い、かい書ではっきりと書くこと。  
3 収入印紙には、消印をしないこと。

第三号様式（第三十三条関係）  
（保健師、助産師、看護師、准看護師）業務従事者届  
（ 年12月31日現在）

|               |                                                                                                 |  |           |                                  |  |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------|----------------------------------|--|
| ふりがな          |                                                                                                 |  | 性 別       | 生 年 月 日                          |  |
| 氏 名           |                                                                                                 |  | 1. 男 2. 女 | 1. 令和 2. 平成 3. 昭和 4. 西暦<br>年 月 日 |  |
| (旧姓)          |                                                                                                 |  |           | ( 歳)                             |  |
| 住 所           | 都道府県                                                                                            |  |           |                                  |  |
| メールアドレス       | @                                                                                               |  |           |                                  |  |
| 免許の種別         | 登 録 番 号                                                                                         |  |           | 登 録 年 月 日                        |  |
| 保健師籍          | 厚生労働省 第 号                                                                                       |  |           | 1. 令和 2. 平成 3. 昭和 年 月 日          |  |
|               | ( 都道府県) ※都道府県からの免許付与者のみ                                                                         |  |           |                                  |  |
| 助産師籍          | 厚生労働省 第 号                                                                                       |  |           | 1. 令和 2. 平成 3. 昭和 年 月 日          |  |
|               | ( 都道府県) ※都道府県からの免許付与者のみ                                                                         |  |           |                                  |  |
| 看護師籍          | 厚生労働省 第 号                                                                                       |  |           | 1. 令和 2. 平成 3. 昭和 年 月 日          |  |
|               | ( 都道府県) ※都道府県からの免許付与者のみ                                                                         |  |           |                                  |  |
| 准看護師籍         | 都道府県 第 号                                                                                        |  |           | 1. 令和 2. 平成 3. 昭和 年 月 日          |  |
| 主たる業務         | 1 保健師業務 2 助産師業務 3 看護師業務 4 准看護師業務                                                                |  |           |                                  |  |
| 業務に従事<br>する場所 | 1 病院                                                                                            |  |           |                                  |  |
|               | 2 診療所<br>(ア 有床 イ 無床 )                                                                           |  |           |                                  |  |
|               | 3 助産所<br>分娩 <sup>べん</sup> の取扱いあり<br>(ア 開設者 イ 従事者 ウ 出張のみによる者 )                                   |  |           |                                  |  |
|               | 分娩 <sup>べん</sup> の取扱いなし<br>(ア 開設者 イ 従事者 ウ 出張のみによる者 )                                            |  |           |                                  |  |
|               | 4 訪問看護ステーション<br>(ア 管理者 イ 従事者 )                                                                  |  |           |                                  |  |
|               | 5 介護保険施設等<br>(ア 介護老人保健施設 イ 介護医療院<br>ウ 指定介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) エ 居宅サービス事業所<br>オ 居宅介護支援事業所 カ その他 ) |  |           |                                  |  |
|               | 6 社会福祉施設<br>(ア 老人福祉施設 イ 児童福祉施設 ウ その他 )                                                          |  |           |                                  |  |
|               | 7 保健所、都道府県又は市区町村<br>(ア 保健所 イ 都道府県 (アを除く) ウ 市区町村 (アを除く) )                                        |  |           |                                  |  |
|               | 8 事業所<br>(ア 事業所内診療所 イ その他 )                                                                     |  |           |                                  |  |
|               | 9 看護師等学校養成所又は研究機関                                                                               |  |           |                                  |  |
| 10 その他        |                                                                                                 |  |           |                                  |  |
| 所在地           | 市区町村コード                                                                                         |  | 都道府県      | 電話番号<br>( - - )                  |  |
| 名 称           |                                                                                                 |  |           |                                  |  |
| 雇用形態          | 1 正規雇用 2 非正規雇用 (1又は3に該当しない者)<br>3 派遣 (紹介予定派遣を含む)                                                |  |           |                                  |  |
| 常勤換算          | 1 フルタイム労働者<br>2 短時間労働者 (0. ) 人 ※記入例参照                                                           |  |           |                                  |  |

|                             |                                                                                                          |                                        |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
|                             | 1 従事期間1年未満（従事開始の理由 ア 新規 イ 再就業 ウ 転職 エ その他）<br>2 従事期間1年以上2年未満（従事開始の理由 ア 新規 イ 再就業 ウ 転職 エ その他）<br>3 従事期間2年以上 |                                        |
| 看護師の<br>特定行為<br>研修の<br>修了状況 | 特定行為研修の修了の有無<br>1. 有                      2. 無                                                           | 指定研修機関番号                               |
|                             | 修了した特定行為区分                                                                                               |                                        |
|                             | 1 呼吸器（気道確保に係るもの）関連                                                                                       | 2 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連                   |
|                             | 3 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連                                                                                     | 4 循環器関連                                |
|                             | 5 心臓 <sup>のう</sup> ドレーン管理関連                                                                              | 6 胸腔ドレーン管理関連                           |
|                             | 7 腹腔ドレーン管理関連                                                                                             | 8 ろう孔管理関連                              |
|                             | 9 栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連                                                                            | 10 栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連 |
|                             | 11 創傷管理関連                                                                                                | 12 創部ドレーン管理関連                          |
|                             | 13 動脈血液ガス分析関連                                                                                            | 14 透析管理関連                              |
|                             | 15 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連                                                                                     | 16 感染に係る薬剤投与関連                         |
| 17 血糖コントロールに係る薬剤投与関連        | 18 術後疼痛 <sup>こ</sup> 管理関連                                                                                |                                        |
| 19 循環動態に係る薬剤投与関連            | 20 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連                                                                                     |                                        |
| 21 皮膚損傷に係る薬剤投与関連            |                                                                                                          |                                        |
| 修了した領域別パッケージ研修              |                                                                                                          |                                        |
| 1 在宅・慢性期領域                  | 2 外科術後病棟管理領域                                                                                             |                                        |
| 3 術中麻酔管理領域                  | 4 救急領域                                                                                                   |                                        |
| 5 外科系基本領域                   | 6 集中治療領域                                                                                                 |                                        |
| 備 考                         |                                                                                                          |                                        |

(注意)

- 1 該当する文字又は数字を○で囲むこと。
- 2 年齢は、届出年の12月31日現在の満年齢を記載すること。
- 3 「免許の種別」の欄は、保有する全ての免許について記載すること。
- 4 「主たる業務」の欄は、主たる業務の一つについて記載すること。
- 5 「業務に従事する場所」の欄は、2以上の場所で業務に従事している場合については、その主たるもの一つについて記載すること。
- 6 「3 助産所」の「分娩<sup>べん</sup>の取扱いあり」「分娩<sup>べん</sup>の取扱いなし」については、分娩<sup>べん</sup>取扱いの実績の有無に関わらず、現在、分娩<sup>べん</sup>の依頼に応ずる体制がある場合は、「分娩<sup>べん</sup>の取扱いあり」の項目に記載すること。
- 7 事業所内に設置された診療所については、「2 診療所」ではなく「8 事業所」に含むものとする。
- 8 「5 介護保険施設等」は、「1 病院」、「2 診療所」及び「4 訪問看護ステーション」に該当するものを除くものとする。
- 9 「6 社会福祉施設」は、「1 病院」から「5 介護保険施設等」までに該当するものを除くものとする。



10 「雇用形態」は、次により記載すること。

- ・ 「1 正規雇用」とは、施設が直接雇い入れた者であって、契約期間が限定されていない者を指すこと。
- ・ 「2 非正規雇用（1又は3に該当しない者）」とは、パートタイマー、アルバイト、準社員、嘱託、臨時社員など名称にかかわらず、「1 正規雇用」「3 派遣（紹介予定派遣を含む）」に該当しない者を指すこと。
- ・ 「3 派遣（紹介予定派遣を含む）」とは、派遣会社から派遣されている者を指すこと。

11 「常勤換算」は、「雇用形態」にかかわらず、次により記載すること。

- ・ 「1 フルタイム労働者」とは、1週間の所定労働時間が40時間程度（1日8時間・週5日勤務等）の者を指すこと。
- ・ 「2 短時間労働者」とは、フルタイム労働者と比較して、1週間の所定労働時間が短い者を指すこと。
- ・ また、（ ）は常勤換算した数値を記入すること。この場合、小数点以下第2位を四捨五入し、小数点以下第1位で記入することとするが、0.1に満たない場合は0.1と記入すること。

$$\text{常勤換算} = \frac{\text{短時間労働者の1週間当たりの労働時間}}{\text{フルタイム労働者の1週間当たりの所定労働時間}}$$

例) フルタイム労働者の1週間の所定労働時間が40時間で、  
①週2日8時間勤務の場合（アルバイト等）  
②週5日6時間勤務の場合（育児短時間勤務等）

$$\frac{\begin{array}{l} \text{① } 8 \text{ 時間} \times 2 \text{ 日} \\ \text{② } 6 \text{ 時間} \times 5 \text{ 日} \end{array}}{40 \text{ 時間}} = \begin{array}{l} \text{① } 0.4 \text{ 人} \\ \text{② } 0.8 \text{ 人} \end{array}$$

12 「従事開始の理由」は、次により記載すること。

- ・ 「ア 新規」とは、免許取得後、初めて保健師、助産師、看護師又は准看護師として従事した場合（ただし、2以上の免許を有する場合、最初の免許を取得後に従事した場合とする。）を指すこと。
- ・ 「イ 再就業」とは、現在の就業場所に従事開始前1年間に保健師、助産師、看護師又は准看護師として従事していない場合（ただし、「ア 新規」を除く。）を指すこと。
- ・ 「ウ 転職」とは、現在の就業場所に従事開始前1年間に保健師、助産師、看護師又は准看護師として従事したことがある場合を指すこと。
- ・ 「エ その他」とは、「ア 新規」、「イ 再就業」及び「ウ 転職」のいずれにも該当しない場合を指すこと。

13 「看護師の特定行為研修の修了状況」は、次のように記載すること。

- ・ 「看護師の特定行為研修」とは、保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第4号に規定する研修を指し、「指定研修機関」とは、同項第5号に規定する特定行為研修を行う者を指すこと。また、「特定行為区分」とは、同項第3号に規定する特定行為の区分を指し、「領域別パッケージ研修」とは、保健師助産師看護師法第三十七条の二第二項第一号に規定する特定行為及び同項第四号に規定する特定行為研修に関する省令（平成27年厚生労働省令第33号）別表第4の備考第5号に規定するとおり実施した研修を指すこと。
- ・ 「修了した特定行為区分」の欄は、該当する全ての特定行為区分について記載すること。
- ・ 「修了した領域別パッケージ研修」の欄は、該当する全ての領域について記載すること。

歯 科 技 工 士 業 務 従 事 者 届

|           |                    |     |  |     |   |
|-----------|--------------------|-----|--|-----|---|
| 氏 名       |                    | 性 別 |  | 年 齢 | 歳 |
|           | (旧姓)               |     |  |     |   |
| 住 所       |                    |     |  |     |   |
| 歯科技工士名簿登録 | 番 号                |     |  |     |   |
|           | 年 月 日              |     |  |     |   |
| 業務に従事する場所 | 1 歯科技工所（歯科技工所番号： ） |     |  |     |   |
|           | 2 病院又は診療所          |     |  |     |   |
|           | 3 歯科技工士学校又は養成所     |     |  |     |   |
| 業務に従事する場所 | 4 事業所              |     |  |     |   |
|           | 5 その他              |     |  |     |   |
|           | 所 在 地              |     |  |     |   |
| 業務に従事する場所 | 名 称                |     |  |     |   |
|           |                    |     |  |     |   |
| 備 考       |                    |     |  |     |   |

- (注意)
1. 該当する数字を○で囲むこと。
  2. 「業務に従事する場所」の欄は、2以上の場所において業務に従事している場合は、その主たるもの一つについて記載すること。
  3. 「業務に従事する場所」の欄において、「歯科技工所」を選んだ者は、その所属する歯科技工所の歯科技工所番号を記載すること。
  4. 所在地は、本社や母体となる組織の所在地ではなく、実際に業務を行う場所の住所を入力すること。
  5. 名称は各種法令の規定により届け出られた名称を使用すること。
  6. 昭和57年3月31日までに免許を取得した者は、同日現在いずれの都道府県の歯科技工士名簿に登録されていたかを備考欄に明記すること。

収入印紙  
(消印しないこと。)

歯科技工士国家試験受験願書

|                                      |                            |       |   |                                       |             |        |      |                      |
|--------------------------------------|----------------------------|-------|---|---------------------------------------|-------------|--------|------|----------------------|
| ふりがな                                 |                            |       |   |                                       | 性別          | 男<br>女 | 受験番号 | ※                    |
| 氏名                                   | (旧姓)                       |       |   |                                       |             |        |      |                      |
| 生年月日                                 | 明治<br>大正<br>昭和<br>平成<br>令和 | 年     | 月 | 日                                     | 本籍<br>(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 - ) 電話番号 ( )         |       |   |                                       |             |        |      |                      |
| 養成施設名                                |                            |       |   |                                       |             |        |      |                      |
| 最終学歴                                 | 年卒業（見込）                    |       |   |                                       |             |        |      |                      |
| 受験資格<br><br>(該当項目に<br>○印をつける<br>こと。) | 資格該当項目                     |       |   |                                       | 添付書類        |        |      |                      |
|                                      | 法第14条                      | 第1号該当 |   | 卒業証明書                                 |             |        |      |                      |
|                                      |                            | 第2号該当 |   |                                       |             |        |      |                      |
|                                      |                            | 第3号該当 |   | ※〔歯科医師国家試験等を受けることがで<br>きる者である旨を証する書類〕 |             |        |      |                      |
|                                      |                            | 第4号該当 |   |                                       |             |        |      | 厚生労働大臣による受験資格を認定する書類 |
| 連絡先                                  | 電話番号 ( ) (内線)              |       |   |                                       |             |        |      |                      |

上記により、歯科技工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。
  - 黒ボールペンを用い、かい書ではっきりと記入すること。
  - 指定試験機関に申請する場合には、所定の手続により受験手数料を納付し、収入印紙を貼らないこと。
  - 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。
  - ※の書類については、①大学等卒業証明書、②実地修練終了証明書、③厚生労働大臣による歯科医師国家試験の受験資格を認定する書類等とし、①②についてはそれぞれ学校・実地修練実施施設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。

収 入  
印 紙

## 薬 剤 師 名 簿 訂 正 申 請 書

- 1 登録の年月日
- 2 薬剤師名簿登録番号
- 3 変更前の氏名、本籍地都道府県名若しくは国籍又は性別  
ふりがな
- 4 変更の理由及び年月日

上記により、薬剤師名簿の訂正を申請します。

年 月 日

本 籍（国籍）  
住 所  
ふりがな  
氏 名（男・女）  
年 月 日生  
電 話（ ）

厚生労働大臣 殿

（注意）

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 収入印紙には、消印をしないこと。
- 4 領収証書は、裏面に貼ること。

備考 免許の申請時等に旧姓の併記の希望があつた場合には、氏名と併せて記載する。

## 薬 剤 師 免 許 証 再 交 付 申 請 書

- 1 登録の年月日
- 2 薬剤師名簿登録番号
- 3 再交付申請の理由

上記により、薬剤師免許証の再交付を申請します。

年 月 日

本 籍（国籍）

住 所

ふりがな

氏 名

（男・女）

年 月 日生

電 話 （ ）

厚生労働大臣 殿

（注意）

- 1 用紙の大きさは、A 4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 収入印紙には、消印をしないこと。

備考 免許証に旧姓が併記されている場合は、氏名と併せて記載する。

# 薬剤師届出票

(令和 年12月31日現在)

|                       |                                                                                                                                                                             |                           |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| (1) 住 所               | 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |                           |
|                       | 都 道 府 県                                                                                                                                                                     | 市 郡 区 町 村                 |
| ふ り が な               |                                                                                                                                                                             |                           |
| (2) 氏 名               | ( )                                                                                                                                                                         |                           |
|                       | (旧姓)                                                                                                                                                                        |                           |
| (3) 性 別               | 1 男 ・ 2 女                                                                                                                                                                   | (4) 生 年 月 日               |
|                       |                                                                                                                                                                             | 1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日 |
| (5) 薬 剤 師 名 簿 登 録 番 号 | 第 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 号                                                                | (6) 薬 剤 師 名 簿 登 録 年 月 日   |
|                       |                                                                                                                                                                             | 1 令和 2 平成 3 昭和 4 大正 年 月 日 |

|                                                                                                                      |         |                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------|
| (7) 従事している施設及び業務の種別                                                                                                  |         |                                                                              |
| 回答欄                                                                                                                  | 施設の種別   | 業 務 の 種 別                                                                    |
| 01～19のうち1つを記入すること。<br>主たる施設・業務の種別(1つ)<br><br>複数の施設に従事している場合で2番目に長時間従事している施設について01～18のうち1つを記入すること。<br>従たる施設・業務の種別(1つ) | 薬局      | 01 開設者又は法人の代表者(管理者)<br>02 開設者又は法人の代表者(管理者以外)<br>03 勤務者(管理者)<br>04 勤務者(管理者以外) |
|                                                                                                                      | 病院      | 05 調剤・病棟業務<br>06 その他(治験、検査等)                                                 |
|                                                                                                                      | 診療所     | 07 調剤・病棟業務<br>08 その他(治験、検査等)                                                 |
|                                                                                                                      | 介護保険施設  | 09 介護老人保健施設の勤務者<br>10 介護医療院の勤務者                                              |
|                                                                                                                      | 大学      | 11 勤務者(研究・教育)<br>12 大学院生又は研究生                                                |
|                                                                                                                      | 医薬品関係企業 | 13 医薬品製造販売業・製造業(研究・開発、営業、その他)<br>14 店舗販売業<br>15 配置販売業<br>16 卸売販売業            |
|                                                                                                                      | 上記以外の施設 | 17 衛生行政機関又は保健衛生施設の従事者                                                        |
|                                                                                                                      | その他     | 18 その他の業務の従事者<br>19 無職の者                                                     |

|                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| (8) 主たる従事先<br>(「名称」「所在地」「電話」は、(7)欄の「主たる施設・業務の種別」に01～18のいずれかを記入した場合の従事先について記入すること。) |                                                                                                                                                                                                  |  |
| ふりがな                                                                               | 電 話                                                                                                                                                                                              |  |
| 名 称                                                                                | 代表電話<br>( )                                                                                                                                                                                      |  |
| 所 在 地                                                                              | 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                      |  |
|                                                                                    | 都 道 府 県 市 郡 区 町 村                                                                                                                                                                                |  |
| (「就業形態」「休業の取得」は、(7)欄の「主たる施設・業務の種別」に01～11及び13～18のいずれかを記入した者のみが記入すること。)              |                                                                                                                                                                                                  |  |
| 就 業 形 態<br><br>12月1日～7日の勤務時間として該当する番号を1つ○で囲むこと。                                    | ※「常勤」とは原則として施設で定めた勤務時間のすべてを勤務している者(ただし、勤務時間が1週間あたり32時間未満の者は含まない)。「非常勤」とは「常勤」以外の者。<br><br>1 常勤(勤務時間32時間以上)      2 非常勤(8時間未満)      3 非常勤(8時間～16時間未満)<br>4 非常勤(16時間～24時間未満)      5 非常勤(24時間～32時間未満) |  |
| 休 業 の 取 得<br>(取得中の者のみ)                                                             | 1 産前・産後休業      2 育児休業      3 介護休業                                                                                                                                                                |  |

|                                                                                    |                                                                                                                                                                             |  |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| (9) 従たる従事先<br>(複数の施設に従事している場合、(7)欄の「従たる施設・業務の種別」に01～18のいずれかを記入した場合の従事先について記入すること。) |                                                                                                                                                                             |  |
| ふりがな                                                                               | 電 話                                                                                                                                                                         |  |
| 名 称                                                                                | 代表電話<br>( )                                                                                                                                                                 |  |
| 所 在 地                                                                              | 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |  |
|                                                                                    | 都 道 府 県 市 郡 区 町 村                                                                                                                                                           |  |

裏面へ続く

|                                                                                                                                  |                                                                                                              |             |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| (10) 薬剤師免許取得の際に薬学課程を修めた大学名等                                                                                                      | 国立                                                                                                           | 01 北海道大学    | 02 東北大学    | 03 千葉大学                                                                      | 04 東京大学                                                                                                                                                                        | 05 富山大学     |
|                                                                                                                                  |                                                                                                              | 06 金沢大学     | 07 京都大学    | 08 大阪大学                                                                      | 09 岡山大学                                                                                                                                                                        | 10 広島大学     |
| 大学名等の番号を1つ○で囲むこと。<br>(修了した大学院名等の番号を○で囲まないこと。)<br><br>大学の再編・統合・改称により、薬剤師免許取得の際に薬学課程を修めた大学名が選択肢にない場合、再編・統合・改称が行われた後の大学名の番号を○で囲むこと。 | 公立                                                                                                           | 11 徳島大学     | 12 九州大学    | 13 長崎大学                                                                      | 14 熊本大学                                                                                                                                                                        |             |
|                                                                                                                                  | 私立・外国薬学校                                                                                                     | 15 岐阜薬科大学   | 16 静岡県立大学  | 17 名古屋市立大学                                                                   | 18 山口東京理科大学                                                                                                                                                                    |             |
|                                                                                                                                  |                                                                                                              | 19 北海道医療大学  | 20 北海道科学大学 | 21 青森大学                                                                      | 22 岩手医科大学                                                                                                                                                                      | 23 東北医科薬科大学 |
|                                                                                                                                  |                                                                                                              | 24 医療創生大学   | 25 奥羽大学    | 26 国際医療福祉大学                                                                  | 27 高崎健康福祉大学                                                                                                                                                                    | 28 城西大学     |
|                                                                                                                                  |                                                                                                              | 29 日本薬科大学   | 30 城西国際大学  | 31 千葉科学大学                                                                    | 32 帝京平成大学                                                                                                                                                                      | 33 東京理科大学   |
|                                                                                                                                  |                                                                                                              | 34 東邦大学     | 35 日本大学    | 36 北里大学                                                                      | 37 慶應義塾大学                                                                                                                                                                      | 38 昭和医科大学   |
|                                                                                                                                  |                                                                                                              | 39 昭和薬科大学   | 40 東京薬科大学  | 41 星薬科大学                                                                     | 42 武蔵野大学                                                                                                                                                                       | 43 明治薬科大学   |
|                                                                                                                                  |                                                                                                              | 44 帝京大学     | 45 横浜薬科大学  | 46 岐阜医療科学大学                                                                  | 47 新潟薬科大学                                                                                                                                                                      | 48 北陸大学     |
|                                                                                                                                  |                                                                                                              | 49 愛知学院大学   | 50 金城学院大学  | 51 名城大学                                                                      | 52 鈴鹿医療科学大学                                                                                                                                                                    | 53 京都薬科大学   |
|                                                                                                                                  |                                                                                                              | 54 同志社女子大学  | 55 立命館大学   | 56 大阪大谷大学                                                                    | 57 大阪医科薬科大学                                                                                                                                                                    | 58 近畿大学     |
|                                                                                                                                  | 59 摂南大学                                                                                                      | 60 神戸学院大学   | 61 神戸薬科大学  | 62 兵庫医科大学                                                                    | 63 姫路獨協大学                                                                                                                                                                      |             |
|                                                                                                                                  | 64 武庫川女子大学                                                                                                   | 65 就実大学     | 66 広島国際大学  | 67 福山大学                                                                      | 68 安田女子大学                                                                                                                                                                      |             |
|                                                                                                                                  | 69 徳島文理大学                                                                                                    | 70 松山大学     | 71 第一薬科大学  | 72 福岡大学                                                                      | 73 長崎国際大学                                                                                                                                                                      |             |
|                                                                                                                                  | 74 崇城大学                                                                                                      | 75 九州医療科学大学 | 76 外国の薬学校  |                                                                              |                                                                                                                                                                                |             |
| (11) 出身地                                                                                                                         | (あなたが高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県(出身地)を記入すること。外国の場合は「外国」を○で囲むこと。)                                             |             |            | 都道府県 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;"> </span> ・ 外国 |                                                                                                                                                                                |             |
| (12) 本届出票の活用に対する確認                                                                                                               | 各都道府県における薬剤師確保対策の検討等に活用するため、本届出票に記載した情報の全部又は一部を、住所地の都道府県及び従事先の所在地の都道府県が利用することに <b>同意しない場合</b> には、右欄に○を付けること。 |             |            |                                                                              | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">同意しない場合</div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> |             |
| (13) 備考                                                                                                                          |                                                                                                              |             |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                |             |

提出期限 翌年1月15日

収 入  
印 紙

## 再教育研修修了登録証申請書

- 1 薬剤師名簿登録年月日
- 2 薬剤師名簿登録番号
- 3 再教育研修の開始年月日及び修了年月日
- 4 個別研修に係る再教育命令を受けた者にあつては、個別指導者の氏名

上記により、再教育研修修了登録証を申請します。

年 月 日

本 籍（国籍）

住 所

ふりがな

氏 名

（男・女）

年 月 日生

電 話 （ ）

厚生労働大臣 殿

（注意）

- 1 用紙の大きさは、A 4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 収入印紙には、消印をしないこと。
- 4 領収証書は、裏面に貼ること。

備考 旧姓の併記で再教育研修修了登録証の発行を希望する場合には、氏名と併せて記載する。



様式第六の三（第七条の七関係）

再教育研修修了登録証

本籍地都道府県名（国籍）

氏

年

月

日生 名

薬剤師法（昭和三十五年法律第四百十六号）第八条の二第二項により登録された薬剤師であることを証明する。

年 月 日

厚生労働大臣

印

薬剤師名簿登録番号

薬剤師名簿登録年月日

備考 旧姓の併記で再教育研修修了登録証の発行を希望した場合には、氏名と併せて記載する。

収 入  
印 紙

## 再教育研修修了登録証書換交付申請書

- 1 薬剤師名簿登録年月日
- 2 薬剤師名簿登録番号
- 3 再教育研修修了登録年月日
- 4 書換交付申請の理由

上記により、再教育研修修了登録証の書換交付を申請します。

年 月 日

本 籍（国籍）

住 所

ふりがな

氏 名

（男・女）

年 月 日生

電 話 （ ）

厚生労働大臣 殿

（注意）

- 1 用紙の大きさは、A 4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 収入印紙には、消印をしないこと。
- 4 領収証書は、裏面に貼ること。

備考 旧姓の併記で再教育研修修了登録証の発行等を希望した場合には、氏名と併せて記載する。

収 入  
印 紙

## 再教育研修修了登録証再交付申請書

- 1 薬剤師名簿登録年月日
- 2 薬剤師名簿登録番号
- 3 再教育研修修了登録年月日
- 4 再交付申請の理由

上記により、再教育研修修了登録証の再交付を申請します。

年 月 日

本 籍（国籍）

住 所

ふりがな

氏 名

（男・女）

年 月 日生

電 話 （ ）

厚生労働大臣 殿

（注意）

- 1 用紙の大きさは、A 4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 収入印紙には、消印をしないこと。
- 4 領収証書は、裏面に貼ること。

備考 旧姓の併記で再教育研修修了登録証の発行を希望した場合には、氏名と併せて記載する。

薬 剤 師 国 家 試 験 願 書

収 入

印 紙

受験地 \_\_\_\_\_

|                     |                 |                  |
|---------------------|-----------------|------------------|
| 本 籍(国籍)             |                 |                  |
| 住 所                 | 電 話<br>(      ) |                  |
| ふ り が な<br>氏      名 | (旧姓)            | 年      月      日生 |

上記により、薬剤師国家試験を受けたく申請します。

年      月      日

氏 名

厚生労働大臣 殿

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 収入印紙には、消印をしないこと。
- 4 附則第2項の規定により学説試験を免除される者にあつては、学説試験に合格している旨及びその学説試験が施行された年月日を「受験地」の下に記載すること。

備考 旧姓の併記の希望があつた場合には、氏名と併せて記載する。

様式第八(第十一条関係)

第 号

合 格 証 書

本籍地都道府県名(国籍)

氏 名

年 月 日生

年 月施行第 回薬剤師国家試験に合格したことを証明する。

年 月 日

厚生労働大臣 印

備考 旧姓の併記の希望があつた場合には、氏名と併せて記載する。

## 合 格 証 書 再 交 付 申 請 書

1 再交付申請の理由

2 合格した薬剤師国家試験の施行年月、回次及び受験地

上記により、薬剤師国家試験の合格証書の再交付を申請します。

年 月 日

本 籍（国籍）

住 所

ふりがな

氏 名

（男・女）

年 月 日生

電 話 （ ）

厚生労働大臣 殿

（注意）

- 1 用紙の大きさは、A 4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 収入印紙には、消印をしないこと。

備考 旧姓の併記の希望があつた場合には、氏名と併せて記載する。

## 様式第三号（第四条関係）

|      |       |  |
|------|-------|--|
| 記入不要 | 抹消年月日 |  |
|------|-------|--|

## 歯科衛生士名簿登録抹消申請書

|      |   |  |  |  |  |  |  |   |       |                |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |   |
|------|---|--|--|--|--|--|--|---|-------|----------------|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---|
| 登録番号 | 第 |  |  |  |  |  |  | 号 | 登録年月日 | 昭和<br>平成<br>令和 |  |  |  |  |  |  | 年 |  |  |  |  |  | 月 |  |  |  |  |  | 日 |
|------|---|--|--|--|--|--|--|---|-------|----------------|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---|

|         |      |
|---------|------|
| 登録都道府県名 | 都道府県 |
|---------|------|

|        |  |  |  |
|--------|--|--|--|
| ※コード番号 |  |  |  |
|--------|--|--|--|

|            |      |
|------------|------|
| 本籍<br>(国籍) | 都道府県 |
|------------|------|

|      |      |     |
|------|------|-----|
| ふりがな | (氏)  | (名) |
| 氏名   |      |     |
|      | (旧姓) |     |

|      |                |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |
|------|----------------|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|
| 生年月日 | 昭和<br>平成<br>西暦 |  |  |  |  |  |  | 年 |  |  |  | 月 |  |  |  | 日 |
|------|----------------|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|

|                 |          |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |
|-----------------|----------|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|
| 抹消理由の<br>生じた年月日 | 平成<br>令和 |  |  |  |  |  |  | 年 |  |  |  | 月 |  |  |  | 日 |
|-----------------|----------|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|

|        |  |  |  |
|--------|--|--|--|
| ※コード番号 |  |  |  |
|--------|--|--|--|

|      |           |
|------|-----------|
| 抹消理由 | 死亡・失踪・その他 |
|------|-----------|

上記により歯科衛生士名簿の登録を抹消されたく免許証明書及び関係書類を添えて申請します。

年 月 日

|    |  |    |  |
|----|--|----|--|
| 住所 |  |    |  |
| 氏名 |  | 続柄 |  |

厚生労働大臣  
指定登録機関代表者 殿

受付印

※印の欄は記入しないこと。

# 歯科衛生士業務従事者届

様式第五号（第九条関係）

|           |      |                                                                                                                                                                                                        |    |  |    |   |
|-----------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--|----|---|
| 氏名        |      |                                                                                                                                                                                                        | 性別 |  | 年齢 | 歳 |
|           | (旧姓) |                                                                                                                                                                                                        |    |  |    |   |
| 住 所       |      |                                                                                                                                                                                                        |    |  |    |   |
| 歯科衛生士名簿登録 |      | 番 号                                                                                                                                                                                                    |    |  |    |   |
|           |      | 年 月 日                                                                                                                                                                                                  |    |  |    |   |
| 業務に従事する場所 |      | 1 保健所、都道府県又は市区町村<br>（ア 保健所 イ 都道府県（アを除く）<br>ウ 市区町村（アを除く。））<br>2 病院<br>3 診療所<br>4 介護保険施設等<br>（ア 介護老人保健施設 イ 介護医療院<br>ウ 指定介護老人福祉施設<br>（特別養護老人ホーム）<br>エ 居宅介護支援事業所 オ その他<br>5 歯科衛生士学校又は養成所<br>6 事業所<br>7 その他 |    |  |    |   |
|           |      | 所 在 地                                                                                                                                                                                                  |    |  |    |   |
|           |      | 名 称                                                                                                                                                                                                    |    |  |    |   |
| 備 考       |      |                                                                                                                                                                                                        |    |  |    |   |

- （注意）
1. 該当する不動文字又は数字を○で囲むこと。
  2. 「業務に従事する場所」の欄は、2以上の場所において業務に従事している場合は、その主たるもの一つについて記載すること。
  3. 所在地は、本社や母体となる組織の所在地ではなく、実際に業務を行う場所の住所を入力すること。
  4. 平成3年6月30日までに免許を取得した者は、同日現在いずれの都道府県の歯科衛生士籍に登録されていたかを備考欄に明記すること。



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                             |                            |       |   |   | 性別                     | 男<br>女 | 受験番号  | ※ |
| 氏名                               | (旧姓)                       |       |   |   |                        |        |       |   |
| 生年月日                             | 明治<br>大正<br>昭和<br>平成<br>令和 | 年     | 月 | 日 | 本籍<br>(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 - ) 電話番号 ( )         |       |   |   |                        |        |       |   |
| 養成施設名                            |                            |       |   |   |                        |        |       |   |
| 最終学歴                             | 年卒業（見込）                    |       |   |   |                        |        |       |   |
| 受験資格<br>(該当項目に<br>○印をつける<br>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  
指定試験機関代表者 殿

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。
  - 黒ボールペンを用い、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。