

※ 登録番号	
※ 再交付年月日	

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

歯科衛生士免許証（免許証明書）再交付申請書

登録番号	第									号	登録年月日	昭和					年					月					日
------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	---	-------	----	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---

※ コード番号			
本 籍 (国 籍)	都 道 府 県		

ふ り が な	(氏)	(名)
氏 名		
※		

性 別	男
	女

生 年 月 日	明 治 大 昭 平 和 成									年						月					日
---------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---

免 許 取 得 格 資	平成				年				月	施 行 第			回 歯 科 衛 生 士 国 家 試 験 合 格
-------------	----	--	--	--	---	--	--	--	---	-------	--	--	-------------------------

上記の歯科衛生士免許証を（破つた・汚した・失った）ので、関係書類を添えて免許証の再交付を申請します。

平成 年 月 日

電 話	( )											
住 所	都 道 府 県		市 郡 区			町 村		番		番 地 号		
氏 名											印	

厚生労働大臣

指定登録機関代表者

殿

- 備考
- ※印の欄には、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。
  - 指定登録機関に申請する場合には、所定の手続により手数料を納付すること。
  - 記名押印に変えて、署名することができる。
  - 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とすること。