

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収 入 印 紙 欄		
-----------	--	--

歯 科 医 師 免 許 申 請 書

昭和 平成	年	月	施行第			回歯科医師国家試験合格	受験地		受験地コード			
								受験番号				

- 1 成年被後見人又は被保佐人の該当の有無。有・無
- 2 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日) 有・無_____
- 3 医事に関し犯罪又は不正の行為を行つたことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日) 有・無_____
- 4 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名) 有・無_____

上記により、歯科医師免許を申請します。

平成 年 月 日

※ コード番号			
本 籍 (国 籍)		都 道 府 県	

※ コード番号				電 話	()
住 所		都 道 府 県	市 郡 区	町 村	番 地 号

ふ り が な	(氏)	(名)	印	性 別 男 女
氏 名				
※				

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

厚生労働大臣 殿

- (注意) 1. 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とすること。
 2. ※印の欄には、記入しないこと。
 3. 該当する不動文字を○で囲むこと。
 4. 黒ボールペンを用い、かい書ではつきり記入すること。
 5. 収入印紙には、消印をしないこと。
 6. 領収証書は、裏面にはること。
 7. 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。