ホチキス位置

第一号書式（第一条の三関係）

厚生労働省記入欄	登録番号	
	登録年月日	

収　入　印　紙　欄
（収入印紙は消印しないで下さい）

歯科医師免許申請書

受験地コード		

平成 令和	年	月施行	第	回歯科医師国家試験合格	受験地		受験番号	

１～５の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと

１．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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２．医事に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。（有の場合、違反の事実及び年月日）
有・無 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

３．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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

４．旧姓併記の希望の有無。
有・無

５．過去に歯科医師免許を有していたことの有無。（有の場合、登録番号）
有・無 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記により、歯科医師免許を申請します。

＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

本籍 （国籍等）	**都道 府県**	生年 月日	**昭和・令和 平成・西暦**	年	月	日

住所	〒　　**都道 府県**
電話	（　　）

ふりがな	（氏）	（名）	性別	男
氏名				女
	（旧姓）		通称名	

厚生労働大臣　殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県コード	

歯科医師免許申請書

氏名	（氏）	（名）	個人番号												