様式第二号

※ 登録番号	
※ 訂正書換 交付年月日	

収　入　印　紙　欄
（消印しないこと。）

歯科衛生士名簿訂正・免許証書換え交付申請書

登録番号	第							号	登録年月日	昭和 平成			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）	
※ コード番号						
本籍 （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						
※						
生年月日	明治 大正 昭和 平成　年　月　日		明治 大正 昭和 平成　年　月　日			
変更の事由			※			

上記により、歯科衛生士名簿訂正・免許証（免許証明書）書換え交付を申請します。

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		生年月日	明治 大正 昭和 平成　年　月　日

厚生労働大臣

指定登録機関代表者　殿

備考　１．※印の欄には、記入しないこと。

２．該当する不動文字を〇で囲むこと。

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．この申請書には、所定の登録免許税に相当する収入印紙又は領収証書をはること。（領収証書は、裏面にはること。）

５．指定登録機関に申請する場合には、所定の手続きにより手数料を納付すること。

６．用紙の大きさは、日本工業規格Ａ列４番とすること。