様式第六号(第十三条関係)

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 氏　　名				性別	男 女	受験番号	※
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年　月　日	本籍 (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 (該当項目に○印をつけること。)	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　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、かい書ではっきりと記入すること。

4　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。

5　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。

6　用紙の大きさは、A4とすること。