様式第五号（第九条関係）

歯科衛生士業務従事者届

氏名	（旧姓）	性別		年齢	歳
住　所					
歯科衛生士名簿登録	番　号				
	年　月　日				
業務に従事する場所	1　保健所、都道府県又は市区町村 （ア 保健所　イ 都道府県（アを除く） ウ 市区町村（アを除く。）） 2　病院 3　診療所 4　介護保険施設等 （ア　介護老人保健施設　イ　介護医療院 ウ　指定介護老人福祉施設 （特別養護老人ホーム） エ　居宅介護支援事業所　オ　その他 5　歯科衛生士学校又は養成所 6　事業所 7　その他				
	所　在　地				
	名　称				
備　考					

（注意）１．該当する不動文字又は数字を○で囲むこと。
２．「業務に従事する場所」の欄は、２以上の場所において業務に従事している場合は、その主たるもの一つについて記載すること。
３．所在地は、本社や母体となる組織の所在地ではなく、実際に業務を行う場所の住所を入力すること。
４．平成３年６月30日までに免許を取得した者は、同日現在いずれの都道府県の歯科衛生士籍に登録されていたかを備考欄に明記すること。