（歯科医師法施行規則の一部改正）

第十条　歯科医師法施行規則（昭和二十三年厚生省令第四十八号）の一部を次のように改正する。

第一号書式から第二号の四書式までを次のように改める。

第一号書式（第一条の三関係）

ホチキス位置

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．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ったことの有無。（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　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

５．旧姓併記の希望の有無。
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）	都道府県

住所	〒　都道府県
電話	（　　）

ふりがな	（氏）	（名）	印
氏名			
	（旧姓）		
通称名			

性別	男
	女

生年月日	昭和 平成 令和 西暦	年	月	日

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	