様式第二号（第三条、第五条関係）

ホチキス位置

記入不要	登録番号	
	訂正書換え交付年月日	

収入印紙欄
（収入印紙は消印しないでください）

歯科衛生士名簿訂正・免許証（免許証明書）書換え交付申請書

登録番号	第　　号	登録年月日	昭和・平成・令和　年　月　日

登録都道府県名	都道府県	※コード番号

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			
	（旧姓）	（旧姓）	（旧姓）
旧姓併記の希望		有・無	有・無
通称名			
生年月日	昭和・平成・令和・西暦　年　月　日	昭和・平成・令和・西暦　年　月　日	

変更の理由		※	※

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。　年　月　日

電話番号	（　　）
住所	〒　都道府県
氏名	

受付印

厚生労働大臣
指定登録機関代表者　殿

※印の欄は記載しないこと。