様式第三号（第四条関係）

ホチキス位置

記入不要	抹消年月日	

歯科衛生士名簿登録抹消申請書

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	
本籍 （国籍）	都道 府県

ふりがな	（氏）	（名）
氏名		

生年月日	昭和 平成 令和 西暦	年　月　日

抹消理由の生じた年月日	平成 令和	年　月　日

※コード番号	
抹消理由	死亡・失踪・その他

上記により歯科衛生士名簿の登録を抹消されたく免許証明書及び関係書類を添えて申請します。

年　　月　　日

住所			
氏名		続柄	

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。