様式第四号（第六条関係）

ホチキス位置

記入不要	登録番号	
	再交付年月日	

歯科衛生士免許証（免許証明書）再交付申請書

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

※コード番号	
本籍（国籍）	都道府県

ふりがな	（氏）	（名）	性別	男
氏名				女
	（旧姓）			
通称名				

生年月日	昭和 平成 令和 西暦　年　月　日	※

免許取得資格	昭和 平成 令和　年　月　施行　第　回	都道府県　歯科衛生士試験合格

上記の歯科衛生士免許証（免許証明書）を（破った・汚した・失った）ので関係書類を添えて免許証（免許証明書）の再交付を申請します。

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。