様式第二号を次のように改める。

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　　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 西暦　　年　　月　　日	昭和 平成 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	印

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。