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	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。