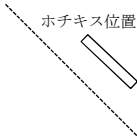


様式第三号を次のように改める。



記入不要	消 除 年 月 日	
------	-----------	--



義肢装具士名簿登録消除申請書

様式第三号 (第四条関係)

登 録 番 号 第												号	登 録 年 月 日	昭 和 平 成									年							月							日
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	-----------	---------	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	---

本 (国 籍)	都 道 府 県
-----------	---------

ふ り が な	(氏)	(名)
登 録 者 の 氏 名		

登 録 者 の 日	大 正 和 平 西 成 暦									年						月						日
-----------	---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	---

消 除 理 由 の 生 じ た 年 月 日	昭 和 平 成							年							月							日
-----------------------	---------	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	---

消 除 理 由	死 亡 ・ 失 踪 ・ その他
---------	-----------------

上記により義肢装具士名簿の登録を消除されたく
免許証及び関係書類を添えて申請します。

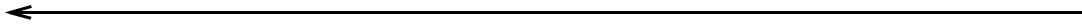
____年____月____日

住 所	〒 都 道 府 県		
氏 名		続柄	
電 話	()		

厚生労働大臣 殿

厚 生 労 働 省 の 受 付 印

様式第四号を次のように改める。



様式第四号（第五条関係）

義肢装具士免許証

本籍地都道府県名（国籍）

氏名

年 月 日生

義肢装具士法（昭和六十二年法律第六十一号）により免許された義肢装具士であることを証明する。

年 月 日

厚生労働大臣

印

義肢装具士名簿登録年月日

義肢装具士名簿登録番号

備考 免許の申請時等に旧姓又は通称名の併記の希望があった場合には、氏名と併せて記載する。

様式第五号を次のように改める。



登 録 番 号	第									号	登録年月日	昭 和 平 成			年			月			日
---------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	---	-------	------------	--	--	---	--	--	---	--	--	---

本 (国 籍)	都 道 府 県
--------------	------------

ふりがな	(氏)	(名)
氏名		
通称名		

性 別	男
	女

[illegible]

免 許 取 得 資 格	昭 和 平 成		年		月	施 行 第		回 義 肢 装 具 士 試 験 合 格
	(上記試験以外により免許を受けた者にあつては、その資格)							

上記の義肢装具士免許証を（き損・亡失）したので、関係書類を添えて免許証の再交付を申請します。

平成 年 月 日

住 所	〒 都 道 府 県				
氏 名		印		電 話	()

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印		保健所の受付印
		都道府県 コード	

(歯科衛生士法施行規則の一部改正)

第十一条 歯科衛生士法施行規則（平成元年厚生省令第四十六号）の一部を次のように改正する。

様式第一号を次のように改める。



記入不要	登録番号	
	登録年月日	

収入印紙欄
（収入印紙は消印しないでください）

歯科衛生士免許申請書

受験地コード

平成	年	月	施行	第	回	歯科衛生士国家試験合格	受験地		受験番号			
----	---	---	----	---	---	-------------	-----	--	------	--	--	--

- 罰金以上の刑に処せられたことの有無。（有の場合、その罰、刑及び刑の確定年月日）
有・無
- 歯科衛生士の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。（有の場合、違反の事実及び年月日）
有・無
- 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。（有の場合、出願時の本籍又は氏名）
有・無
- 旧姓併記の希望の有無。
有・無

上記により歯科衛生士免許を申請します。

年 月 日

本籍地コード			
本籍 （国籍）		都道府県	

電話番号	（ ）
住所	〒 都道府県

ふりがな	（氏）	（名）	印
氏名			
	（旧姓）		
通称名			

性別	男
	女

生年月日	昭和 平成 西暦				年			月			日
------	----------------	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

受付印

厚生労働大臣

指定登録機関代表者 殿