



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



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。





(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

受付印
-----

様式第二号を次のように改める。

