

裏面へ続く

(10) 従事する診療科名等	(7)欄の「主たる施設・業務の種類」に01～07のいずれかを記入した者のみが記入すること。													
従事するすべての診療科名の番号を○で囲むこと。 また、2つ以上○で囲んだ者は右欄の主たる診療科名の番号を1つ記入すること。 臨床研修医の場合、「41臨床研修医」のみを○で囲むこと。 該当する診療科名がない場合、最も近い診療科名の番号を○で囲むこと。	I	01 内科 04 消化器内科(胃腸内科) 07 糖尿病内科(代謝内科) 10 アレルギー科 13 小児科	02 呼吸器内科 05 腎臓内科 08 血液内科 11 リウマチ科 14 精神科	03 循環器内科 06 脳神経内科 09 皮膚科 12 感染症内科 15 心療内科										
	II	16 外科 19 乳腺外科 22 泌尿器科 25 整形外科 28 眼科 31 産婦人科	17 呼吸器外科 20 気管食道外科 23 肛門外科 26 形成外科 29 耳鼻いんこう科 32 産科	18 心臓血管外科 21 消化器外科(胃腸外科) 24 脳神経外科 27 美容外科 30 小児外科 33 婦人科										
	III	34 リハビリテーション科 37 病理診断科 40 集中治療科	35 放射線科 38 臨床検査科	36 麻酔科 39 救急科	主たる診療科名の番号(1つ)									
	IV	41 臨床研修医 43 その他()	42 全科											
	V													
	(11)	取得している広告可能な医師の専門性に関する資格名、麻酔科の標榜資格、社会医学系専門医及び医師少数区域経験認定医師 取得しているすべての資格名の番号を○で囲むこと。 ※01.18.19は日本専門医機構認定資格、02～17は、日本専門医機構又は学会認定資格、20～59は学会認定資格 医療法に基づいて広告することが可能とされている医師の専門性に関する資格、麻酔科の標榜資格（麻酔科標榜医）、社会医学系専門医及び医師少数区域経験認定医師を指す。専門性に関する資格は更新制であるため、現時点で資格を取得しているかどうかを確認の上記入すること。												
		I	01 内科専門医 04 精神科専門医 07 産婦人科専門医 10 泌尿器科専門医 13 麻酔科専門医 16 形成外科専門医 19 総合診療専門医	02 小児科専門医 05 外科専門医 08 眼科専門医 11 脳神経外科学専門医 14 病理専門医 17 リハビリテーション科専門医	03 皮膚科専門医 06 整形外科専門医 09 耳鼻咽喉科専門医 12 放射線科専門医 15 救急科専門医 18 臨床検査専門医									
			20 総合内科専門医 23 消化器病専門医 26 神経内科専門医 29 血液専門医 32 感染症専門医	21 呼吸器専門医 24 腎臓専門医 27 糖尿病専門医 30 アレルギー専門医 33 心療内科専門医	22 循環器専門医 25 肝臓専門医 28 内分泌代謝科専門医 31 リウマチ専門医									
			34 呼吸器外科専門医 37 気管食道科専門医 40 超音波専門医 43 老年病専門医 46 漢方専門医 49 核医学専門医 52 ベイクリニック専門医 55 がん薬物療法専門医 58 小児神経専門医	35 心臓血管外科専門医 38 消化器外科専門医 41 細胞診専門医 44 消化器内視鏡専門医 47 レーザー専門医 50 大腸肛門病専門医 53 熱傷専門医 56 周産期(新生児)専門医 59 一般病院連携精神医学専門医	36 乳腺専門医 39 小児外科専門医 42 透析専門医 45 臨床遺伝専門医 48 気管支腫瘍専門医 51 婦人科腫瘍専門医 54 脳血管内治療専門医 57 生殖医療専門医									
			60 麻酔科標榜医	61 社会医学系専門医	62 医師少数区域経験認定医師									
II			63 麻酔科標榜医	64 社会医学系専門医	65 医師少数区域経験認定医師									
III			66 麻酔科標榜医	67 社会医学系専門医	68 医師少数区域経験認定医師									
IV			69 麻酔科標榜医	70 社会医学系専門医	71 医師少数区域経験認定医師									
V			72 麻酔科標榜医	73 社会医学系専門医	74 医師少数区域経験認定医師									
VI			75 麻酔科標榜医	76 社会医学系専門医	77 医師少数区域経験認定医師									
VII			78 麻酔科標榜医	79 社会医学系専門医	80 医師少数区域経験認定医師									
(12) 分娩の取扱いの有無(過去2年以内での実績)	1 分娩の取扱いあり 2 分娩の取扱いなし (13) 出身地 { 都道府県 } ・ 外国													
(14) 医師免許取得の際に医学課程を修めた大学名等	国立	01 北海道大学 05 秋田大学 09 千葉大学 13 富山大学 17 信州大学 21 三重大学 25 神戸大学 29 広島大学 33 愛媛大学 37 長崎大学 41 鹿児島大学	02 旭川医科大学 06 山形大学 10 東京大学 14 金沢大学 18 岐阜大学 22 滋賀医科大学 26 鳥取大学 30 山口大学 34 高知大学 38 熊本大学 42 琉球大学	03 弘前大学 07 筑波大学 11 東京科学大学 15 福井大学 19 浜松医科大学 23 京都大学 27 島根大学 31 徳島大学 35 九州大学 39 大分大学	04 東北大学 08 群馬大学 12 新潟大学 16 山梨大学 20 名古屋大学 24 大阪大学 28 岡山大学 32 香川大学 36 佐賀大学 40 宮崎大学									
大学名等の番号を1つ○で囲むこと。(修了した大学院名等の番号を○で囲まないこと。) 大学の再編・統合・改称により、医師免許取得の際に医学課程を修めた大学名が選択肢にない場合、再編・統合・改称が行われた後の大学名の番号を○で囲むこと。		公立	43 札幌医科大学 47 京都市立医科大学	44 福島県立医科大学 48 大阪公立大学	45 横浜市立大学 49 奈良県立医科大学	46 名古屋市立大学 50 和歌山県立医科大学								
			私立・大学校・外国医学学校その他	51 岩手医科大学 55 埼玉医科大学 59 順天堂大学 63 東京慈恵会医科大学 67 日本医科大学 71 金沢医科大学 75 関西医科大学 79 久留米大学 83 外国の医学校	52 東北医科薬科大学 56 国際医療福祉大学 60 昭和医科大学 64 東京女子医科大学 68 北里大学 72 愛知医科大学 76 兵庫医科大学 80 福岡大学 84 その他	53 自治医科大学 57 杏林大学 61 帝京大学 65 東邦大学 69 聖マリアンナ医科大学 73 藤田医科大学 77 近畿医科大学 81 産業医科大学	54 獨協医科大学 58 慶應義塾大学 62 東京医科大学 66 日本大学 70 東海大学 74 大阪医科薬科大学 78 川崎医科大学 82 防衛医科大学校							
				(14)欄の83を○で囲んだ者のみが記入すること。										
				医学課程を修めた外国の医学校のある国 1 英国 2 オーストラリア 3 韓国 4 中国 5 ハンガリー 6 ブラジル 7 米国 8 ルーマニア 9 その他()										
				(15) 地域枠等	1 従事要件あり → 要件となる従事年数 年 従事要件を終了した場合には、右欄に○をつけること。 2 従事要件なし 要件となる従事場所 { 都道府県 } ・ その他 奨学金貸与元 1 都道府県 2 大学 3 その他 4 なし 選抜方式 1 別枠方式(一般の選抜枠と別に選抜) 2 手挙げ方式(一般の選抜枠と共通で選抜)									
				(16) 臨床研修修了の有無	1 有 ・ 2 無 (17) 臨床研修病院の所在都道府県名 (16)欄が有の場合									
				(18) 本届出票の活用に対する確認	各都道府県における医師確保対策の検討等に活用するため、本届出票に記載した情報の全部又は一部を、住所地の都道府県及び従事先の所在地の都道府県が利用することに同意しない場合には、右欄に○をつけること。 同意しない場合									
				(19) 備考										

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収	入	印	紙	欄
(消印しないこと。)				

再教育研修修了登録証申請書

医 籍 登録番号	第								号	医籍登録 年 月 日	大 正 昭 和 平 成 令 和						年				月				日
-------------	---	--	--	--	--	--	--	--	---	---------------	--------------------------	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---

1 再教育研修の開始年月日及び修了年月日

開始年月日												修了年月日											
平成 令和			年				月			日	平成 令和			年				月			日		

2 個別研修に係る再教育命令を受けた者にあつては、助言指導者の氏名

助言指導者の氏名																							

上記により、再教育研修修了登録証を申請します。

令和 年 月 日

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

郵便番号	—	電話番号	()
------	---	------	-----

住 所	都 道 府 県
-----	------------

ふりがな	(氏)	(名)
氏 名		
	(旧姓)	
通 称 名		

性 別	男
	女

生 年 月 日	大 正 昭 和 平 成 令 和 西 暦								年				月				日
---------	---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- ※印欄には、記入しないこと。
 - 該当する不動文字を○で囲むこと。
 - 黒ボールペンをうい、かい書ではっきり記入すること。
 - 用紙の大きさは、A4とすること。

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収	入	印	紙	欄
(消印しないこと。)				

再教育研修修了登録証書換交付申請書

医 籍 登録番号	第							号	医籍登録 年 月 日	大 正 昭 和 平 成 令 和					年				月				日
									再教育研修修 了登録年月日	平 成 令 和					年				月				日

変更を生じた事項

	変 更 前				変 更 後 (第 1 回)				変 更 後 (第 2 回)			
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)			
通 称 名												
性 別	男 ・ 女				男 ・ 女				男 ・ 女			
生年月日	大 正 昭 和 平 成 令 和 西 暦			年	大 正 昭 和 平 成 令 和 西 暦			年				
			月	日			月	日				

上記により、再教育研修修了登録証の書換交付を申請します。

令和 年 月 日

郵便番号	—	電話番号	()														
住 所	都 道 府 県																
氏 名		生 年 月 日	大 正 昭 和 平 成 令 和 西 暦						年				月				日

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- 1 ※印欄には、記入しないこと。
 - 2 該当する不動文字を○で囲むこと。
 - 3 黒ボールペンをうい、かい書ではっきり記入すること。
 - 4 用紙の大きさは、A4とすること。

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収	入	印	紙	欄
(消印しないこと。)				

再教育研修修了登録証再交付申請書

医 籍 登録番号	第							号	医籍登録 年 月 日	大 正 昭 和 平 成 令 和				年				月				日
本籍 (国籍)	都 道 府 県								再教育研修修 了登録年月日	平 成 令 和				年				月				日

ふりがな	(氏)	(名)
氏 名		
	(旧姓)	
通 称 名		

性 別	男
	女

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

上記の再教育研修修了登録証を(破った ・ 汚した ・ 失った)ので、再教育研修修了登録証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

郵便番号		電話番号	()
住 所	都 道 府 県		
氏 名			

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- ※印欄には、記入しないこと。
 - 該当する不動文字を○で囲むこと。
 - 黒ボールペンを使い、かい書ではっきり記入すること。
 - 用紙の大きさは、A4とすること。

第三号書式（第十三条、第十五条関係）

医師国家試験（医師国家試験予備試験）願書

収 入
印 紙

受験地 （ ）

本 籍（国籍等）		
住 所	電話（ ）	
ふりがな 氏 名	(旧姓)	年 月 日生
学 歴 〔高等学校又は中等 教育学校卒業から 記入してください。〕		
職 歴		

上記により、医師国家試験（医師国家試験予備試験）を受験したいので申請します。

令和 年 月 日

氏 名

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
 - 2 該当する不動文字を○で囲むこと。
 - 3 字は、インク、ボールペン等(黒又は青に限る。)を用い、かい書ではっきりと書くこと。
 - 4 収入印紙には、消印をしないこと。

歯科医師届出票

(令和 年12月31日現在)

(1) 住 所	〒 -										
ふ り が な						電 話					
(2) 氏 名	(旧姓)					(- -)					
(3) 性 別	1 男 ・ 2 女					(4) 生 年 月 日	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治	年	月	日	
(5) 歯 科 医 籍 登 録 番 号	第				号	(6) 歯 科 医 籍 登 録 年 月 日	1 令和 2 平成 3 昭和 4 大正	年	月	日	
(7) 従事している施設及び業務の種別											
回答欄	施設の種別					業 務 の 種 別					
01～18のうち1つ を記入すること。 主たる施設・業務 の種別 (1つ) 複数の施設に従 事している場合 で2番目に長時 間従事している 施設について01 ～17のうち1つ 従たる施設・業務 の種別 (1つ)	診療所					01 開設者又は法人の代表者 02 勤務者					
	病院 (医育機関附属の病院を除く。)					03 開設者又は法人の代表者 04 勤務者					
	医育機関 (歯学部若しくは医学部を有する 大学若しくは大学研究所又は それらの附属病院)					05 臨床系の教官又は教員 06 臨床系の大学院生 07 臨床系の勤務者で05及び06以外の者 (医員、臨床研修歯科医、その他) 08 臨床系以外の大学院生 09 臨床系以外の勤務者で08以外の者 (教官、教員、その他)					
	介護老人保健施設					10 開設者又は法人の代表者 11 勤務者					
	介護医療院					12 開設者又は法人の代表者 13 勤務者					
	上記以外の施設					14 医育機関以外の教育機関又は研究機関の勤務者 15 行政機関の従事者 16 上記以外の保健衛生業務の従事者					
	その他					17 その他の業務の従事者 18 無職の者					
	(8) 主 たる 従 事 先 (「名称」「所在地」「電話」は、(7)欄の「主たる施設・業務の種別」に01～16のいずれかを記入した場合の従事先について記入すること。)										
	ふりがな						電 話				
	名 称						代表電話 (- -)				
所 在 地	〒 -										
	都 道 府 県					市 郡 区 町 村					
(「就業形態」「主たる業務内容」「休業の取得」は、(7)欄の「主たる施設・業務の種別」に01～05、07及び09～16のいずれかを記入した者のみが記入すること。)											
就業形態	1 常勤 2 非常勤					※「常勤」とは原則として施設で定めた勤務時間のすべてを勤務している者 (ただし、勤務時間が1週間あたり32時間未満の者は含まない)。「非常勤」とは「常勤」以外の者。					
主たる業務内容	1 診療 2 教育・研究 3 管理 4 その他										
休 業 の 取 得 (取得中の者のみ)	1 産前・産後休業 2 育児休業 3 介護休業										
(9) 従 たる 従 事 先 (複数の施設に従事している場合、(7)欄の「従たる施設・業務の種別」に01～16のいずれかを記入した場合の従事先について記入すること。)											
ふりがな						電 話					
名 称						代表電話 (- -)					
所 在 地	〒 -										
	都 道 府 県					市 郡 区 町 村					

裏面へ続く

(10) 従事する診療科名等		(7)欄の「主たる施設・業務の種別」に01～07のいずれかを記入した者のみが記入すること。)																																																																																						
従事するすべての診療科名の番号を○で囲むこと。 また、2つ以上○で囲んだ者は右欄に主たる診療科名の番号を1つ記入すること。 臨床研修歯科医の場合、「5 臨床研修歯科医」のみを○で囲むこと。 該当する診療科名がない場合、最も近い診療科名の番号を○で囲むこと。		<table><tr><td>1</td><td>歯科</td><td>2</td><td>矯正歯科</td><td>3</td><td>小児歯科</td><td>4</td><td>歯科口腔外科</td></tr><tr><td>5</td><td>臨床研修歯科医</td><td colspan="4"></td><td colspan="2"></td></tr></table> 主たる診療科名の番号(1つ)				1	歯科	2	矯正歯科	3	小児歯科	4	歯科口腔外科	5	臨床研修歯科医																																																																									
1	歯科	2	矯正歯科	3	小児歯科	4	歯科口腔外科																																																																																	
5	臨床研修歯科医																																																																																							
(11) 取得している広告可能な歯科医師の専門性に関する資格名		医療法に基づいて広告することが可能とされている歯科医師の専門性に関する資格を指す。資格は更新制であるため、現時点で資格を取得しているかどうかを確認の上記入すること。 なお、「認定医」は広告可能な資格ではないことに留意すること。																																																																																						
取得しているすべての資格名の番号を○で囲むこと。		<table><tr><td>1</td><td>口腔外科専門医</td><td>2</td><td>歯周病専門医</td><td>3</td><td>歯科麻酔専門医</td></tr><tr><td>4</td><td>小児歯科専門医</td><td>5</td><td>歯科放射線専門医</td><td>6</td><td>補綴歯科専門医</td></tr><tr><td>7</td><td>矯正歯科専門医</td><td>8</td><td>歯科保存専門医</td><td colspan="2"></td></tr></table>				1	口腔外科専門医	2	歯周病専門医	3	歯科麻酔専門医	4	小児歯科専門医	5	歯科放射線専門医	6	補綴歯科専門医	7	矯正歯科専門医	8	歯科保存専門医																																																																			
1	口腔外科専門医	2	歯周病専門医	3	歯科麻酔専門医																																																																																			
4	小児歯科専門医	5	歯科放射線専門医	6	補綴歯科専門医																																																																																			
7	矯正歯科専門医	8	歯科保存専門医																																																																																					
(12) 歯科医師免許取得の際に歯学課程を修めた大学名等		<table><tr><td rowspan="3">国立</td><td>01</td><td>北海道大学</td><td>02</td><td>東北大学</td><td>03</td><td>東京科学大学</td><td>04</td><td>新潟大学</td><td>05</td><td>大阪大学</td></tr><tr><td>06</td><td>岡山大学</td><td>07</td><td>広島大学</td><td>08</td><td>徳島大学</td><td>09</td><td>九州大学</td><td>10</td><td>長崎大学</td></tr><tr><td>11</td><td>鹿児島大学</td><td colspan="8"></td></tr><tr><td rowspan="4">公立</td><td>12</td><td colspan="9">九州歯科大学</td></tr><tr><td>13</td><td>北海道医療大学</td><td>14</td><td>岩手医科大学</td><td>15</td><td>奥羽大学</td><td>16</td><td>明海大学</td><td>17</td><td>東京歯科大学</td></tr><tr><td>18</td><td>昭和医科大学</td><td>19</td><td>日本大学</td><td>20</td><td>日本大学(松戸歯学部)</td><td>21</td><td>日本歯科大学(生命歯学部)</td><td>22</td><td>日本歯科大学(新潟生命歯学部)</td></tr><tr><td>23</td><td>神奈川歯科大学</td><td>24</td><td>鶴見大学</td><td>25</td><td>松本歯科大学</td><td>26</td><td>朝日大学</td><td>27</td><td>愛知学院大学</td></tr><tr><td rowspan="2">私立・外国歯学校</td><td>28</td><td>大阪歯科大学</td><td>29</td><td>福岡歯科大学(口腔歯学部)</td><td>30</td><td>外国の歯学校</td><td colspan="4"></td></tr></table>				国立	01	北海道大学	02	東北大学	03	東京科学大学	04	新潟大学	05	大阪大学	06	岡山大学	07	広島大学	08	徳島大学	09	九州大学	10	長崎大学	11	鹿児島大学									公立	12	九州歯科大学									13	北海道医療大学	14	岩手医科大学	15	奥羽大学	16	明海大学	17	東京歯科大学	18	昭和医科大学	19	日本大学	20	日本大学(松戸歯学部)	21	日本歯科大学(生命歯学部)	22	日本歯科大学(新潟生命歯学部)	23	神奈川歯科大学	24	鶴見大学	25	松本歯科大学	26	朝日大学	27	愛知学院大学	私立・外国歯学校	28	大阪歯科大学	29	福岡歯科大学(口腔歯学部)	30	外国の歯学校				
国立	01	北海道大学	02	東北大学	03		東京科学大学	04	新潟大学	05	大阪大学																																																																													
	06	岡山大学	07	広島大学	08		徳島大学	09	九州大学	10	長崎大学																																																																													
	11	鹿児島大学																																																																																						
公立	12	九州歯科大学																																																																																						
	13	北海道医療大学	14	岩手医科大学	15	奥羽大学	16	明海大学	17	東京歯科大学																																																																														
	18	昭和医科大学	19	日本大学	20	日本大学(松戸歯学部)	21	日本歯科大学(生命歯学部)	22	日本歯科大学(新潟生命歯学部)																																																																														
	23	神奈川歯科大学	24	鶴見大学	25	松本歯科大学	26	朝日大学	27	愛知学院大学																																																																														
私立・外国歯学校	28	大阪歯科大学	29	福岡歯科大学(口腔歯学部)	30	外国の歯学校																																																																																		
	(13) 臨床研修修了の有無		1 有 ・ 2 無		(14) 臨床研修施設の所在都道府県名 (13)欄が有の場合																																																																																			
(15) 出身地		(あなたが高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県(出身地)を記入すること。外国の場合は「外国」を○で囲むこと。)				都道府県 [] ・ 外国																																																																																		
(16) 本届出票の活用に対する確認		各都道府県における歯科医師の適正配置の検討等に活用するため、本届出票に記載した情報の全部又は一部を、住所地の都道府県及び従事先の所在地の都道府県が利用することに同意しない場合には、右欄に○を付けること。				同意しない場合																																																																																		
(17) 備考																																																																																								

提出期限 翌年1月15日

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収	入	印	紙	欄
(消印しないこと。)				

再教育研修修了登録証申請書

歯科医籍 登録番号	第							号	歯科医籍 登録年月日	大正 昭和 平成 令和					年				月				日
--------------	---	--	--	--	--	--	--	---	---------------	----------------------	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---

1 再教育研修の開始年月日及び修了年月日

開始年月日										修了年月日																		
平成 令和						年			月					日	平成 令和						年				月			日

2 個別研修に係る再教育命令を受けた者にあつては、助言指導者の氏名

助言指導者の氏名

上記により、再教育研修修了登録証を申請します。

令和 年 月 日

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

郵便番号	—	電話番号	()
------	---	------	-----

住 所	都 道 府 県
-----	------------

ふりがな	(氏)	(名)
氏 名		
	(旧姓)	
通 称 名		

性 別	男
	女

生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和 西 暦								年				月				日
---------	-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- ※印欄には、記入しないこと。
 - 該当する不動文字を○で囲むこと。
 - 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
 - 用紙の大きさは、A4とすること。

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収	入	印	紙	欄
(消印しないこと。)				

再教育研修修了登録証書換交付申請書

歯科医籍 登録番号	第							号	歯科医籍 登録年月日	大 正 昭 和 平 成 令 和					年			月			日
									再教育研修修了登録年月日	平 成 令 和					年			月			日

変更を生じた事項

	変 更 前				変 更 後（第 1 回）				変 更 後（第 2 回）			
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）			
通 称 名												
性 別	男 ・ 女				男 ・ 女				男 ・ 女			
生年月日	大 正 昭 和 平 成 令 和 西 暦				年	大 正 昭 和 平 成 令 和 西 暦				年		
				月	日				月	日		

上記により、再教育研修修了登録証の書換交付を申請します。

令和 年 月 日

郵便番号	一	電話番号	()														
住 所	都 道 府 県																
氏 名			生 年 月 日	大 正 昭 和 平 成 令 和 西 暦							年			月			日

厚 生 労 働 大 臣 殿

- (注意)
- ※印欄には、記入しないこと。
 - 該当する不動文字を○で囲むこと。
 - 黒ボールペンをを用い、かい書ではっきり記入すること。
 - 用紙の大きさは、A4とすること。

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収	入	印	紙	欄
(消印しないこと。)				

再教育研修修了登録証再交付申請書

歯科医籍 登録番号	第							号	歯科医籍 登録年月日	大正 昭和 平成 令和				年			月			日
本籍 (国籍)	都 道 府 県								再教育研修修了 登録年月日	平 成 令 和				年			月			日

ふりがな	(氏)	(名)
氏 名	(旧姓)	
通 称 名		

性 別	男
	女

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

上記の再教育研修修了登録証を(破つた ・ 汚した ・ 失つた)ので、再教育研修修了登録証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

郵便番号		電話番号	()
住 所	都 道 府 県		
氏 名			

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- ※印欄には、記入しないこと。
 - 該当する不動文字を○で囲むこと。
 - 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
 - 用紙の大きさは、A4とすること。

第三号書式（第十三条、第十五条関係）

歯科医師国家試験（歯科医師国家試験予備試験）願書

収	入
印	紙

受験地（ ）

本 籍（国籍等）			
住 所	電話（ ）		
ふりがな 氏 名	(旧姓)	年 月 日生	
学 歴 〔高等学校又は中等 教育学校卒業から 記入してください。〕			
職 歴			

上記により、歯科医師国家試験（歯科医師国家試験予備試験）を受験したいので申請します。

令和 年 月 日

氏 名

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
 - 2 該当する不動文字を○で囲むこと。
 - 3 字は、インク、ボールペン等(黒又は青に限る。)を用い、かい書ではっきりと書くこと。
 - 4 収入印紙には、消印をしないこと。

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収	入	印	紙	欄
(消印しないこと。)				

再教育研修修了登録証申請書

助産師籍 登録番号	第								号	助産師籍 登録年月日	大正 昭和 平成 令和							年				月				日
--------------	---	--	--	--	--	--	--	--	---	---------------	----------------------	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---

1 再教育研修の開始年月日及び修了年月日

開始年月日										修了年月日																
平成 令和								年										月								日

2 個別研修に係る再教育命令を受けた者にあつては、助言指導者の氏名

助言指導者の氏名																							

上記により、再教育研修修了登録証を申請します。

令和 年 月 日

本 (国籍)	籍	都道 府県
-----------	---	----------

郵便番号	—	電話番号	()
------	---	------	-----

住 所	都道 府県
-----	----------

ふりがな	(氏)	(名)
氏 名		
	(旧姓)	
通 称 名		

生 年 月 日	昭和 平成 令和 西暦									年					月					日
---------	----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- ※印欄には、記入しないこと。
 - 該当する不動文字を○で囲むこと。
 - 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
 - 用紙の大きさは、A4とすること。

(消印しないこと。)

保健師籍 登録番号	第					号	保健師籍 登録年月日	大 正 昭 和 平 成 令 和			年			月			日
							再教育研修修了登録年月日	平 成 令 和			年			月			日

	変 更 前				変 更 後 (第 1 回)				変 更 後 (第 2 回)			
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)			
通 称 名												
性 別	男 ・ 女				男 ・ 女				男 ・ 女			
生年月日	昭 和			年	昭 和			年				
	平 成				平 成							
	令 和				令 和							
	西 暦		月	日	西 暦		月	日				

令和 年 月 日

郵便番号	—	電話番号	()															
住 所	都 道 府 県																	
氏 名					生 年 月 日	昭 平 令 西	和 成 和 暦					年			月			日

(注意) 1 ※印欄には、記入しないこと。
2 該当する不動文字を○で囲むこと。
3 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
4 用紙の大きさは、A4とすること。

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収	入	印	紙	欄
(消印しないこと。)				

再教育研修修了登録証書換交付申請書

助産師籍 登録番号	第						号	助産師籍 登録年月日	大正 昭和 平成 令和					年			月			日
									再教育研修 修了登録年月日	平成 令和					年			月		日

変更を生じた事項

	変 更 前				変 更 後 (第 1 回)				変 更 後 (第 2 回)			
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)			
通 称 名												
生年月日	昭 和			年	昭 和			年				
	平 成				平 成							
	令 和			日	令 和			日				
	西 暦				西 暦							

上記により、再教育研修修了登録証の書換交付を申請します。

令和 年 月 日

郵便番号	—	電話番号	()
住 所	都 道 府 県		
氏 名		生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和 西 暦
			年
			月
			日

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- ※印欄には、記入しないこと。
 - 該当する不動文字を○で囲むこと。
 - 黒ボールペンをを用い、かい書ではっきり記入すること。
 - 用紙の大きさは、A4とすること。

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収	入	印	紙	欄
(消印しないこと。)				

再教育研修修了登録証書換交付申請書

看護師籍登録番号	第							号	看護師籍登録年月日	大正								年						月						日
										再教育研修修了登録年月日	平成							年						月					日	

変更を生じた事項

	変				更				前				変				更				後				(第1回)				変				更				後				(第2回)							
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)															
通称名																																																
性別					男				・				女								男				・				女								男				・				女			
生年月日	昭和												年								昭和												年															
	平成																				平成																				平成							
	令和																				令和																				令和							
	西暦												月				日				西暦												月				日				西暦							

上記により、再教育研修修了登録証の書換交付を申請します。

令和 年 月 日

郵便番号	—				電話番号				()																																									
住所	都道 府県																																																	
氏名													生 年 月 日	昭和													平成											年						月						日

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- ※印欄には、記入しないこと。
 - 該当する不動文字を○で囲むこと。
 - 黒ボールペンをうい、かい書ではっきり記入すること。
 - 用紙の大きさは、A4とすること。

※ 登 録 番 号	
※ 登 録 年 月 日	

収	入	印	紙	欄
(消 印 し な い こ と。)				

再教育研修修了登録証再交付申請書

保健師籍 登録番号	第								号	保 健 師 籍 登 録 年 月 日	大 正 昭 和 平 成 令 和					年				月				日
本 籍 (国 籍)	都 道 府 県									再教育研修修了登録年月日	平 成 令 和					年				月				日

ふりがな	(氏)	(名)
氏 名		
	(旧姓)	
通 称 名		

性 別	男
	女

生年月日	昭 和 平 成 令 和 西 暦								年				月				日
------	--------------------------	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---

上記の再教育研修修了登録証を(破った ・ 汚した ・ 失った)ので、再教育研修修了登録証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

郵便番号		電話番号	()
住 所	都 道 府 県		
氏 名			

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- ※印欄には、記入しないこと。
 - 該当する不動文字を○で囲むこと。
 - 黒ボールペンをうい、かい書ではっきり記入すること。
 - 用紙の大きさは、A4とすること。

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収	入	印	紙	欄
(消印しないこと。)				

再教育研修修了登録証再交付申請書

助産師籍 登録番号	第							号	助産師籍 登録年月日	大正 昭和 平成 令和						年				月				日
本籍 (国籍)	都道府県								再教育研修 修了登録年月日	平成 令和						年				月				日

ふりがな	(氏)	(名)
氏名		
	(旧姓)	
通称名		

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

上記の再教育研修修了登録証を(破った ・ 汚した ・ 失った)ので、再教育研修修了登録証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

郵便番号	電話番号	()
住所	都道府県	
氏名		

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- ※印欄には、記入しないこと。
 - 該当する不動文字を○で囲むこと。
 - 黒ボールペンをうい、かい書ではっきり記入すること。
 - 用紙の大きさは、A4とすること。

保健師（助産師、看護師）国家試験願書

収
印

入
紙

受験地 （ ）

本籍（国籍等）		
住 所	電話 ()	
ふりがな 氏 名	(旧姓)	年 月 日生
学 歴 (中学校若しくは義務教育学校卒業又は中等教育学校前期課程修了から記入してください。)		
職 歴		

上記により、保健師（助産師、看護師）国家試験を受験したいので申請します。

令和 年 月 日

氏 名

厚生労働大臣 殿

- (注意) 1 用紙の大きさは、A4とすること。
2 字は、インク、ボールペン等（黒又は青に限る。）を用い、かい書ではっきりと書くこと。
3 収入印紙には、消印をしないこと。

第三号様式（第三十三条関係）
 （保健師、助産師、看護師、准看護師）業務従事者届
 （ 年12月31日現在）

ふりがな			性 別	生 年 月 日	
氏 名			1. 男 2. 女	1. 令和 2. 平成 3. 昭和 4. 西暦 年 月 日	
(旧姓)				(歳)	
住 所	都道府県				
メールアドレス	@				
免許の種別	登 録 番 号			登 録 年 月 日	
保健師籍	厚生労働省 第 号			1. 令和 2. 平成 3. 昭和 年 月 日	
	(都道府県) ※都道府県からの免許付与者のみ				
助産師籍	厚生労働省 第 号			1. 令和 2. 平成 3. 昭和 年 月 日	
	(都道府県) ※都道府県からの免許付与者のみ				
看護師籍	厚生労働省 第 号			1. 令和 2. 平成 3. 昭和 年 月 日	
	(都道府県) ※都道府県からの免許付与者のみ				
准看護師籍	都道府県 第 号			1. 令和 2. 平成 3. 昭和 年 月 日	
主たる業務	1 保健師業務 2 助産師業務 3 看護師業務 4 准看護師業務				
業務に従事 する場所	1 病院				
	2 診療所 (ア 有床 イ 無床)				
	3 助産所 分娩 ^{べん} の取扱いあり (ア 開設者 イ 従事者 ウ 出張のみによる者)				
	分娩 ^{べん} の取扱いなし (ア 開設者 イ 従事者 ウ 出張のみによる者)				
	4 訪問看護ステーション (ア 管理者 イ 従事者)				
	5 介護保険施設等 (ア 介護老人保健施設 イ 介護医療院 ウ 指定介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) エ 居宅サービス事業所 オ 居宅介護支援事業所 カ その他)				
	6 社会福祉施設 (ア 老人福祉施設 イ 児童福祉施設 ウ その他)				
	7 保健所、都道府県又は市区町村 (ア 保健所 イ 都道府県 (アを除く) ウ 市区町村 (アを除く))				
	8 事業所 (ア 事業所内診療所 イ その他)				
	9 看護師等学校養成所又は研究機関				
10 その他					
所在地	市区町村コード		都道府県	電話番号 (- -)	
名 称					
雇用形態	1 正規雇用 2 非正規雇用 (1又は3に該当しない者) 3 派遣 (紹介予定派遣を含む)				
常勤換算	1 フルタイム労働者 2 短時間労働者 (0.) 人 ※記入例参照				

	1 従事期間1年未満（従事開始の理由 ア 新規 イ 再就業 ウ 転職 エ その他） 2 従事期間1年以上2年未満（従事開始の理由 ア 新規 イ 再就業 ウ 転職 エ その他） 3 従事期間2年以上	
看護師の 特定行為 研修の 修了状況	特定行為研修の修了の有無 1. 有 2. 無	指定研修機関番号
	修了した特定行為区分	
	1 呼吸器（気道確保に係るもの）関連	2 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連
	3 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	4 循環器関連
	5 心嚢 ^{のう} ドレーン管理関連	6 胸腔ドレーン管理関連
	7 腹腔ドレーン管理関連	8 ろう孔管理関連
	9 栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連	10 栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連
	11 創傷管理関連	12 創部ドレーン管理関連
	13 動脈血液ガス分析関連	14 透析管理関連
	15 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	16 感染に係る薬剤投与関連
17 血糖コントロールに係る薬剤投与関連	18 術後疼痛 ^{こう} 管理関連	
19 循環動態に係る薬剤投与関連	20 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	
21 皮膚損傷に係る薬剤投与関連		
修了した領域別パッケージ研修		
1 在宅・慢性期領域	2 外科術後病棟管理領域	
3 術中麻酔管理領域	4 救急領域	
5 外科系基本領域	6 集中治療領域	
備 考		

（注意）

- 該当する文字又は数字を○で囲むこと。
- 年齢は、届出年の12月31日現在の満年齢を記載すること。
- 「免許の種別」の欄は、保有する全ての免許について記載すること。
- 「主たる業務」の欄は、主たる業務の一つについて記載すること。
- 「業務に従事する場所」の欄は、2以上の場所で業務に従事している場合については、その主たるもの一つについて記載すること。
- 「3 助産所」の「分娩^{べん}の取扱いあり」「分娩^{べん}の取扱いなし」については、分娩^{べん}取扱いの実績の有無に関わらず、現在、分娩^{べん}の依頼に応ずる体制がある場合は、「分娩^{べん}の取扱いあり」の項目に記載すること。
- 事業所内に設置された診療所については、「2 診療所」ではなく「8 事業所」に含むものとする。
- 「5 介護保険施設等」は、「1 病院」、「2 診療所」及び「4 訪問看護ステーション」に該当するものを除くものとする。
- 「6 社会福祉施設」は、「1 病院」から「5 介護保険施設等」までに該当するものを除くものとする。

10 「雇用形態」は、次により記載すること。

- ・ 「1 正規雇用」とは、施設が直接雇い入れた者であって、契約期間が限定されていない者を指すこと。
- ・ 「2 非正規雇用（1又は3に該当しない者）」とは、パートタイマー、アルバイト、準社員、嘱託、臨時社員など名称にかかわらず、「1 正規雇用」「3 派遣（紹介予定派遣を含む）」に該当しない者を指すこと。
- ・ 「3 派遣（紹介予定派遣を含む）」とは、派遣会社から派遣されている者を指すこと。

11 「常勤換算」は、「雇用形態」にかかわらず、次により記載すること。

- ・ 「1 フルタイム労働者」とは、1週間の所定労働時間が40時間程度（1日8時間・週5日勤務等）の者を指すこと。
- ・ 「2 短時間労働者」とは、フルタイム労働者と比較して、1週間の所定労働時間が短い者を指すこと。
- ・ また、（ ）は常勤換算した数値を記入すること。この場合、小数点以下第2位を四捨五入し、小数点以下第1位で記入することとするが、0.1に満たない場合は0.1と記入すること。

$$\text{常勤換算} = \frac{\text{短時間労働者の1週間当たりの労働時間}}{\text{フルタイム労働者の1週間当たりの所定労働時間}}$$

例) フルタイム労働者の1週間の所定労働時間が40時間で、
①週2日8時間勤務の場合（アルバイト等）
②週5日6時間勤務の場合（育児短時間勤務等）

$$\frac{\begin{array}{l} \text{① } 8 \text{ 時間} \times 2 \text{ 日} \\ \text{② } 6 \text{ 時間} \times 5 \text{ 日} \end{array}}{40 \text{ 時間}} = \begin{array}{l} \text{① } 0.4 \text{ 人} \\ \text{② } 0.8 \text{ 人} \end{array}$$

12 「従事開始の理由」は、次により記載すること。

- ・ 「ア 新規」とは、免許取得後、初めて保健師、助産師、看護師又は准看護師として従事した場合（ただし、2以上の免許を有する場合、最初の免許を取得後に従事した場合とする。）を指すこと。
- ・ 「イ 再就業」とは、現在の就業場所に従事開始前1年間に保健師、助産師、看護師又は准看護師として従事していない場合（ただし、「ア 新規」を除く。）を指すこと。
- ・ 「ウ 転職」とは、現在の就業場所に従事開始前1年間に保健師、助産師、看護師又は准看護師として従事したことがある場合を指すこと。
- ・ 「エ その他」とは、「ア 新規」、「イ 再就業」及び「ウ 転職」のいずれにも該当しない場合を指すこと。

13 「看護師の特定行為研修の修了状況」は、次のように記載すること。

- ・ 「看護師の特定行為研修」とは、保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第4号に規定する研修を指し、「指定研修機関」とは、同項第5号に規定する特定行為研修を行う者を指すこと。また、「特定行為区分」とは、同項第3号に規定する特定行為の区分を指し、「領域別パッケージ研修」とは、保健師助産師看護師法第三十七条の二第二項第一号に規定する特定行為及び同項第四号に規定する特定行為研修に関する省令（平成27年厚生労働省令第33号）別表第4の備考第5号に規定するとおり実施した研修を指すこと。
- ・ 「修了した特定行為区分」の欄は、該当する全ての特定行為区分について記載すること。
- ・ 「修了した領域別パッケージ研修」の欄は、該当する全ての領域について記載すること。

齒 科 技 工 士 業 務 従 事 者 届

氏 名		性 別		年 齢	歳
	(旧姓)				
住 所					
歯科技工士名簿登録	番 号				
	年 月 日				
業務に従事する場所	1 歯科技工所（歯科技工所番号： ）				
	2 病院又は診療所				
	3 歯科技工士学校又は養成所				
	4 事業所				
業務に従事する場所	5 その他				
	所 在 地				
	名 称				
備 考					

- (注意)
1. 該当する数字を○で囲むこと。
 2. 「業務に従事する場所」の欄は、2以上の場所において業務に従事している場合は、その主たるもの一つについて記載すること。
 3. 「業務に従事する場所」の欄において、「歯科技工所」を選んだ者は、その所属する歯科技工所の歯科技工所番号を記載すること。
 4. 所在地は、本社や母体となる組織の所在地ではなく、実際に業務を行う場所の住所を入力すること。
 5. 名称は各種法令の規定により届け出られた名称を使用すること。
 6. 昭和57年3月31日までに免許を取得した者は、同日現在いずれの都道府県の歯科技工士名簿に登録されていたかを備考欄に明記すること。

収入印紙
(消印しないこと。)

歯科技工士国家試験受験願書

ふりがな					性別	男 女	受験番号	※
氏名	(旧姓)							
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年	月	日	本籍 (国籍等)	(都道府県)		受験希望地
現住所	都道府県 市郡区							
	(郵便番号 -) 電話番号 ()							
養成施設名								
最終学歴	年卒業（見込）							
受験資格 (該当項目に ○印をつける こと。)	資格該当項目				添付書類			
	法第14条	第1号該当		卒業証明書				
		第2号該当						
		第3号該当		※〔歯科医師国家試験等を受けることがで きる者である旨を証する書類〕				
		第4号該当						厚生労働大臣による受験資格を認定する書類
連絡先	電話番号 () (内線)							

上記により、歯科技工士国家試験を受験したいので申し込みます。

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿
指定試験機関代表者

氏名

- 備考
- ※印欄には、記入しないこと。
 - 該当する不動文字を○で囲むこと。
 - 黒ボールペンを用い、かい書ではっきりと記入すること。
 - 指定試験機関に申請する場合には、所定の手続により受験手数料を納付し、収入印紙を貼らないこと。
 - 卒業証明書については、学校・養成所の長の発行に係るものであること。
 - ※の書類については、①大学等卒業証明書、②実地修練終了証明書、③厚生労働大臣による歯科医師国家試験の受験資格を認定する書類等とし、①②についてはそれぞれ学校・実地修練実施施設の長の発行に係るものであること。
 - 用紙の大きさは、A4とすること。

収 入
印 紙

薬 剤 師 名 簿 訂 正 申 請 書

- 1 登録の年月日
- 2 薬剤師名簿登録番号
- 3 変更前の氏名、本籍地都道府県名若しくは国籍又は性別
ふりがな
- 4 変更の理由及び年月日

上記により、薬剤師名簿の訂正を申請します。

年 月 日

本 籍（国籍）
住 所
ふりがな
氏 名（男・女）
年 月 日生
電 話（ ）

厚生労働大臣 殿

（注意）

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 収入印紙には、消印をしないこと。
- 4 領収証書は、裏面に貼ること。

備考 免許の申請時等に旧姓の併記の希望があつた場合には、氏名と併せて記載する。

収 入
印 紙

薬 剤 師 免 許 証 再 交 付 申 請 書

- 1 登録の年月日
- 2 薬剤師名簿登録番号
- 3 再交付申請の理由

上記により、薬剤師免許証の再交付を申請します。

年 月 日

本 籍（国籍）

住 所

ふりがな

氏 名

（男・女）

年 月

日生

電 話

（ ）

厚生労働大臣 殿

（注意）

- 1 用紙の大きさは、A 4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 収入印紙には、消印をしないこと。

備考 免許証に旧姓が併記されている場合は、氏名と併せて記載する。

薬剤師届出票

(令和 年12月31日現在)

(1) 住 所	〒 -	
	都 道 市 町 村 府 県 郡 区	
ふ り が な	電 話	
(2) 氏 名	()	
	(旧姓)	
(3) 性 別	1 男 ・ 2 女	(4) 生 年 月 日 1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治 年 月 日
(5) 薬 剤 師 名 簿 登 録 番 号	第 号	(6) 薬 剤 師 名 簿 登 録 年 月 日 1 令和 2 平成 3 昭和 4 大正 年 月 日

(7) 従事している施設及び業務の種別		
回答欄	施設の種別	業 務 の 種 別
01～19のうち1つを記入すること。 主たる施設・業務の種別(1つ) 複数の施設に従事している場合で2番目に長時間従事している施設について01～18のうち1つを記入すること。 従たる施設・業務の種別(1つ)	薬局	01 開設者又は法人の代表者(管理者) 02 開設者又は法人の代表者(管理者以外) 03 勤務者(管理者) 04 勤務者(管理者以外)
	病院	05 調剤・病棟業務 06 その他(治験、検査等)
	診療所	07 調剤・病棟業務 08 その他(治験、検査等)
	介護保険施設	09 介護老人保健施設の勤務者 10 介護医療院の勤務者
	大学	11 勤務者(研究・教育) 12 大学院生又は研究生
	医薬品関係企業	13 医薬品製造販売業・製造業(研究・開発、営業、その他) 14 店舗販売業 15 配置販売業 16 卸売販売業
	上記以外の施設	17 衛生行政機関又は保健衛生施設の従事者
	その他	18 その他の業務の従事者 19 無職の者

(8) 主たる従事先 (「名称」「所在地」「電話」は、(7)欄の「主たる施設・業務の種別」に01～18のいずれかを記入した場合の従事先について記入すること。)		
ふりがな	電 話	
名 称	代表電話 ()	
所 在 地	〒 -	
	都 道 市 町 村 府 県 郡 区	
(「就業形態」「休業の取得」は、(7)欄の「主たる施設・業務の種別」に01～11及び13～18のいずれかを記入した者のみが記入すること。)		
就 業 形 態 12月1日～7日の勤務時間として該当する番号を1つ○で囲むこと。	※「常勤」とは原則として施設で定めた勤務時間のすべてを勤務している者(ただし、勤務時間が1週間あたり32時間未満の者は含まない)。「非常勤」とは「常勤」以外の者。 1 常勤(勤務時間32時間以上) 2 非常勤(8時間未満) 3 非常勤(8時間～16時間未満) 4 非常勤(16時間～24時間未満) 5 非常勤(24時間～32時間未満)	
休 業 の 取 得 (取得中の者のみ)	1 産前・産後休業 2 育児休業 3 介護休業	

(9) 従たる従事先 (複数の施設に従事している場合、(7)欄の「従たる施設・業務の種別」に01～18のいずれかを記入した場合の従事先について記入すること。)		
ふりがな	電 話	
名 称	代表電話 ()	
所 在 地	〒 -	
	都 道 市 町 村 府 県 郡 区	

裏面へ続く

(10) 薬剤師免許取得の際に薬学課程を修めた大学名等	国立	01 北海道大学	02 東北大学	03 千葉大学	04 東京大学	05 富山大学
		06 金沢大学	07 京都大学	08 大阪大学	09 岡山大学	10 広島大学
大学名等の番号を1つ○で囲むこと。 (修了した大学院名等の番号を○で囲まないこと。) 大学の再編・統合・改称により、薬剤師免許取得の際に薬学課程を修めた大学名が選択肢にない場合、再編・統合・改称が行われた後の大学名の番号を○で囲むこと。	公立	11 徳島大学	12 九州大学	13 長崎大学	14 熊本大学	
	私立・外国薬学校	15 岐阜薬科大学	16 静岡県立大学	17 名古屋市立大学	18 山口東京理科大学	
		19 北海道医療大学	20 北海道科学大学	21 青森大学	22 岩手医科大学	23 東北医科薬科大学
		24 医療創生大学	25 奥羽大学	26 国際医療福祉大学	27 高崎健康福祉大学	28 城西大学
		29 日本薬科大学	30 城西国際大学	31 千葉科学大学	32 帝京平成大学	33 東京理科大学
		34 東邦大学	35 日本大学	36 北里大学	37 慶應義塾大学	38 昭和医科大学
		39 昭和薬科大学	40 東京薬科大学	41 星薬科大学	42 武蔵野大学	43 明治薬科大学
		44 帝京大学	45 横浜薬科大学	46 岐阜医療科学大学	47 新潟薬科大学	48 北陸大学
		49 愛知学院大学	50 金城学院大学	51 名城大学	52 鈴鹿医療科学大学	53 京都薬科大学
		54 同志社女子大学	55 立命館大学	56 大阪大谷大学	57 大阪医科薬科大学	58 近畿大学
	59 摂南大学	60 神戸学院大学	61 神戸薬科大学	62 兵庫医科大学	63 姫路獨協大学	
	64 武庫川女子大学	65 就実大学	66 広島国際大学	67 福山大学	68 安田女子大学	
	69 徳島文理大学	70 松山大学	71 第一薬科大学	72 福岡大学	73 長崎国際大学	
	74 崇城大学	75 九州医療科学大学	76 外国の薬学校			
(11) 出身地	(あなたが高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県(出身地)を記入すること。外国の場合は「外国」を○で囲むこと。)			都道府県 () ・ 外国		
(12) 本届出票の活用に対する確認	各都道府県における薬剤師確保対策の検討等に活用するため、本届出票に記載した情報の全部又は一部を、住所地の都道府県及び従事先の所在地の都道府県が利用することにより 同意しない場合 には、右欄に○を付けること。				同意しない場合	
(13) 備考						

提出期限 翌年1月15日

収 入
印 紙

再教育研修修了登録証申請書

- 1 薬剤師名簿登録年月日
- 2 薬剤師名簿登録番号
- 3 再教育研修の開始年月日及び修了年月日
- 4 個別研修に係る再教育命令を受けた者にあつては、個別指導者の氏名

上記により、再教育研修修了登録証を申請します。

年 月 日

本 籍（国籍）

住 所

ふりがな

氏 名

（男・女）

年 月 日生

電 話（ ）

厚生労働大臣 殿

（注意）

- 1 用紙の大きさは、A 4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 収入印紙には、消印をしないこと。
- 4 領収証書は、裏面に貼ること。

備考 旧姓の併記で再教育研修修了登録証の発行を希望する場合には、氏名と併せて記載する。

様式第六の三（第七条の七関係）

再教育研修修了登録証

本籍地都道府県名（国籍）

氏

年

月

日生 名

薬剤師法（昭和三十五年法律第四百十六号）第八条の二第二項により登録された薬剤師であることを証明する。

年 月 日

厚生労働大臣

印

薬剤師名簿登録番号

薬剤師名簿登録年月日

備考 旧姓の併記で再教育研修修了登録証の発行を希望した場合には、氏名と併せて記載する。

収 入
印 紙

再教育研修修了登録証書換交付申請書

- 1 薬剤師名簿登録年月日
- 2 薬剤師名簿登録番号
- 3 再教育研修修了登録年月日
- 4 書換交付申請の理由

上記により、再教育研修修了登録証の書換交付を申請します。

年 月 日

本 籍（国籍）

住 所

ふりがな

氏 名

（男・女）

年 月 日生

電 話 （ ）

厚生労働大臣 殿

（注意）

- 1 用紙の大きさは、A 4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 収入印紙には、消印をしないこと。
- 4 領収証書は、裏面に貼ること。

備考 旧姓の併記で再教育研修修了登録証の発行等を希望した場合には、氏名と併せて記載する。

収 入
印 紙

再教育研修修了登録証再交付申請書

- 1 薬剤師名簿登録年月日
- 2 薬剤師名簿登録番号
- 3 再教育研修修了登録年月日
- 4 再交付申請の理由

上記により、再教育研修修了登録証の再交付を申請します。

年 月 日

本 籍（国籍）

住 所

ふりがな

氏 名

（男・女）

年 月 日生

電 話 （ ）

厚生労働大臣 殿

（注意）

- 1 用紙の大きさは、A 4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 収入印紙には、消印をしないこと。
- 4 領収証書は、裏面に貼ること。

備考 旧姓の併記で再教育研修修了登録証の発行を希望した場合には、氏名と併せて記載する。

薬 剤 師 国 家 試 験 願 書

収 入

印 紙

受験地 _____

本 籍(国籍)		
住 所	電 話 ()	
ふ り が な 氏 名	(旧姓)	年 月 日生

上記により、薬剤師国家試験を受けたく申請します。

年 月 日

氏 名

厚生労働大臣 殿

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 収入印紙には、消印をしないこと。
- 4 附則第2項の規定により学説試験を免除される者にあつては、学説試験に合格している旨及びその学説試験が施行された年月日を「受験地」の下に記載すること。

備考 旧姓の併記の希望があつた場合には、氏名と併せて記載する。

様式第八(第十一条関係)

第 号

合 格 証 書

本籍地都道府県名(国籍)

氏 名

年 月 日生

年 月施行第 回薬剤師国家試験に合格したことを証明する。

年 月 日

厚生労働大臣 印

備考 旧姓の併記の希望があつた場合には、氏名と併せて記載する。

合 格 証 書 再 交 付 申 請 書

1 再交付申請の理由

2 合格した薬剤師国家試験の施行年月、回次及び受験地

上記により、薬剤師国家試験の合格証書の再交付を申請します。

年 月 日

本 籍（国籍）

住 所

ふりがな

氏 名

（男・女）

年 月 日生

電 話 （ ）

厚生労働大臣 殿

（注意）

- 1 用紙の大きさは、A 4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 収入印紙には、消印をしないこと。

備考 旧姓の併記の希望があつた場合には、氏名と併せて記載する。

様式第三号（第四条関係）

記入不要	抹消年月日	
------	-------	--

歯科衛生士名簿登録抹消申請書

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			
--------	--	--	--

本籍 (国籍)	都道府県
------------	------

ふりがな	(氏)	(名)
氏名		
	(旧姓)	

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

抹消理由の 生じた年月日	平成 令和							年				月			日
-----------------	----------	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	---

※コード番号			
--------	--	--	--

抹消理由	死亡・失踪・その他
------	-----------

上記により歯科衛生士名簿の登録を抹消されたく免許証明書及び関係書類を添えて申請します。

年 月 日

住所			
氏名		続柄	

厚生労働大臣
指定登録機関代表者 殿

受付印

※印の欄は記入しないこと。

歯科衛生士業務従事者届

様式第五号（第九条関係）

氏名			性別		年齢	歳
	(旧姓)					
住 所						
歯科衛生士名簿登録		番 号				
		年 月 日				
業務に従事する場所		1 保健所、都道府県又は市区町村 （ア 保健所 イ 都道府県（アを除く） ウ 市区町村（アを除く。）） 2 病院 3 診療所 4 介護保険施設等 （ア 介護老人保健施設 イ 介護医療院 ウ 指定介護老人福祉施設 （特別養護老人ホーム） エ 居宅介護支援事業所 オ その他 5 歯科衛生士学校又は養成所 6 事業所 7 その他				
		所 在 地				
		名 称				
備 考						

- （注意）
1. 該当する不動文字又は数字を○で囲むこと。
 2. 「業務に従事する場所」の欄は、2以上の場所において業務に従事している場合は、その主たるもの一つについて記載すること。
 3. 所在地は、本社や母体となる組織の所在地ではなく、実際に業務を行う場所の住所を入力すること。
 4. 平成3年6月30日までに免許を取得した者は、同日現在いずれの都道府県の歯科衛生士籍に登録されていたかを備考欄に明記すること。

収入印紙
(消印しないこと。)

歯科衛生士国家試験受験願書

ふりがな					性別	男 女	受験番号	※
氏名	(旧姓)							
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年	月	日	本籍 (国籍等)	(都道府県)	受験希望地	
現住所	都道府県 市郡区							
	(郵便番号 -) 電話番号 ()							
養成施設名								
最終学歴	年卒業（見込）							
受験資格 (該当項目に ○印をつける こと。)	資格該当項目				添付書類			
	法第12条	第1号該当			・卒業証明書			
		第2号該当						
		第3号該当			・厚生労働大臣の認可を受けたことを証する書類			
連絡先	電話番号 () (内線)							

上記により、歯科衛生士国家試験を受験したいので申し込みます。

令和 年 月 日

厚生労働大臣
指定試験機関代表者 殿

氏名

- 備考
- ※印欄には、記入しないこと。
 - 該当する不動文字を○で囲むこと。
 - 黒ボールペンを用い、かい書ではっきりと記入すること。
 - 指定試験機関に申し込む場合には、所定の手続により受験手数料を納付し、収入印紙は貼らないこと。
 - 卒業証明書については、学校・養成所の長の発行に係るものであること。
 - 用紙の大きさは、A4とすること。