

※ 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下さい)

## 歯科医師免許申請書

受験地コード

平成 年 月施行 第	回	歯科医師国家試験合格	受験地	受験番号
------------	---	------------	-----	------

1. 成年被後見人又は被保佐人の該当の有無。

有・無

2. 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日)

有・無

3. 医事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

4. 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

上記により、歯科医師免許を申請します。

平成 年 月 日

コード番号	
本籍 (国籍)	都道府県

コード番号		電話	( )
住所	都道府県		

ふりがな	(氏)	(名)	印
氏名			
※			

性別	男
	女

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

厚生労働大臣

殿

※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	

# 歯科医師免許申請手続

## I 免許申請に必要な書類について

- (1) 免許申請書（厚生労働省で配布した申請書を必ず使用して下さい。）
- (2) 診断書（視覚機能、聴覚機能、音声・言語機能、精神機能、麻薬、大麻又はあへんの中毒に関する診断書で発行の日から1カ月以内のものをつけて下さい。次頁の診断書を使用して下さい。）
- (3) 戸籍抄(謄)本（発行の日から6カ月以内のものをつけて下さい。）※コピー不可  
なお、日本の国籍を持たない者は次の書類を添付して下さい。
  - ・短期在留者：「旅券その他の身分を証する書類の写し」
  - ・中長期在留者、特別永住者：「住民票の写し」
- (4) 後見登記等ファイルに自己を成年被後见人又は被保佐人とする登記記録がない旨を証明した書面（発行の日から6カ月以内のものをつけて下さい。）

## II 免許申請書の書き方について

- (1) 該当する**不動文字**を○で囲み、※印の部分は記入しないで下さい。  
**数字は右側**につめて記入して下さい。 例「

	1	3
--	---	---

」
- (2) 文字は**かい書**で**正確**に記入して下さい。
- (3) 氏名については、戸籍抄(謄)本を参照し、記名押印又は署名のいずれかにより記入して下さい。  
日本の国籍を持たない者で、住民票の写しの氏名表記にローマ字と漢字（仮名を含む）を使用した氏名が併記されている者は、免許証への表記を希望するいずれかの文字の氏名を、住民票の写しを参照し記入して下さい。また、住民票に通称名が記載されている者であって、免許証に通称名の併記を希望する場合は氏名欄下の枠内に通称名を記入して下さい。
- (4) 日本の国籍を持たない者は、本籍欄に国籍を生年月日については西暦で記入して下さい。
- (5) 本籍欄のコード番号及び住所欄のコード番号（保健所符号）は、申請書を提出する保健所で確認のうえ記入して下さい。

## III 登録免許税の納め方について

登録免許税として**60,000円**分の収入印紙を申請書の収入印紙欄に貼って下さい。（収入印紙は絶対に消印しないで下さい。）領収書の場合は、申請書を記載後、裏面に貼って下さい。

## IV 免許申請書の提出方法について

免許申請書、診断書、戸籍抄(謄)本、登記されていないことの証明書の順にそろえ、右上部のホチキス位置で止め、住所地を管轄する保健所へ提出して下さい。登録済証明書の発行を希望される場合は診断書裏面の所定の位置に「登録済証明書用の郵便はがき」をクリップで止めて提出して下さい。

### ●登録済証明書について

免許証がお手元に届くまで日数を要しますので、ご希望に応じて登録済証明書を発行します。登録済証明書の発行を希望する者は、登録済証明書用の郵便はがき**表面に受取先の郵便番号、住所、受取人氏名及び裏面の氏名欄に戸籍抄(謄)本を参照し、氏名を記入の上、郵便料相当の切手を貼付し、免許申請時に提出して下さい。**  
(注意) はがき裏面の氏名欄以外の欄は厚生労働省において記入しますので、何も記入しないで下さい。

### ※個人情報の取扱いについて

申請に関する個人情報は、資格制度運営目的以外に利用しません。

# 診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生 年 月 日	大 正 西 昭 和 成 平 暦 西	年 月 日	年 令	才

上記の者について、下記のとおり診断します。

## 1 視覚機能

目が見えない  該当しない  該当する  
 該当する場合において補助的(又は代替)手段があればその内容(できるだけ具体的に)

---



---

## 2 聴覚機能

耳が聞こえない  該当しない  該当する  
 該当する場合において補助的(又は代替)手段があればその内容(できるだけ具体的に)

---



---

## 3 音声・言語機能

口がきけない  該当しない  該当する  
 該当する場合において補助的(又は代替)手段があればその内容(できるだけ具体的に)

---



---

## 4 精神機能

精神機能の障害  明らかに該当なし  専門家による判断が必要  
 専門家による判断が必要な場合において診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況(できるだけ具体的に)

---



---

## 5 麻薬、大麻又はあへんの中毒

なし  あり

診断年月日	平成 年 月 日	※詳細については別紙も可
医 師	病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称	
	所在地	TEL
	氏 名	⑩

注) 診断医師の氏名欄について、診断医師が自筆で記入したものでない場合には、必ず診断医師個人の印を押印して下さい。

※本様式は、**歯科医師免許申請用**。資格に応じて診断項目は変わるので、注意されたい。

(例)

クリップ位置

氏 名	厚 生 太 郎
登 録 番 号	記入しないでください。
登 録 年 月 日	記入しないでください。

(は が き 位 置)