ホチキス位置

第一号書式（第一条の三関係）

厚生労働省記入欄	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 令和	年	月施行	第	回歯科医師国家試験合格	受験地		受験番号	

１～５の有無について**必ず**該当するどちらかを〇で囲むこと

１．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

２．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

３．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

４．旧姓併記の希望の有無。
有・無

５．過去に歯科医師免許を有していたことの有無。（有の場合、登録番号）
有・無

上記により、歯科医師免許を申請します。

＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

本籍 （国籍等）	**都道 府県**	生年 月日	**昭和・令和 平成・西暦**	年	月	日

住所	**〒　都道 府県**
電話	（　　）

ふりがな	（氏）	（名）	性別	男
氏名				女
	（旧姓）		通称名	

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	

歯科医師免許申請書

氏名	（氏）	（名）	個人番号												

歯科医師免許申請手続

有資格者として業務を行うためには、免許申請を行い、厚生労働省で管理する有資格者の籍簿に登録されることが必要です。国家試験合格後、速やかに免許申請を行ってください。
※免許申請を行わず、登録される前に業務に従事した場合、行政処分の対象となります。免許申請後、登録が完了したか否かについては登録済証明書で確認してください。

Ⅰ　免許申請に必要な書類について

(1) 免許申請書（所定の用紙を使用してください。）
(2) 診断書（所定の診断書を使用し、**診断年月日から１ヶ月以内**のものを添付してください。）
※障害の状況や合理的配慮について、本人より意見等があれば、別途添付（様式不問）も可（提出は任意）。
(3) 個人番号カード（マイナンバーカード）の券面（両面）のコピー
※個人番号カードの券面に表示された**有効期限が切れていないもの**（コピー）を添付してください。
※個人番号カードを取得していない場合、個人番号が記載された通知カードまたは個人番号通知書のコピー（氏名等の情報が住民票に記載されている情報と一致するものに限る）を添付し、併せて身元確認書類（運転免許証、旅券、在留カード）を添付してください。
※個人番号カードを持たず、または個人番号を記載できない場合（外国籍の方等）、個人番号カードの添付を行わずに個人番号欄は空欄のままで申請しても問題ありませんが、その場合住民票（**個人番号が記載されていないものに限る）**もしくは戸籍抄（謄）本の添付が必要となります。
(4) 国籍等、氏名、生年月日及び性別が記載されている書類（外国籍の方のみ）
・短期在留者：「旅券その他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」（**個人番号が記載されていないものに限ります。**）
(5) 登録免許税納付のための 60,000 円分の収入印紙（収入印紙は申請書の収入印紙欄に貼ってください。）
(6) 登録済証明書用はがき（希望される方のみ。詳細については下記Ⅳを参照してください。）
(7) 文字情報基盤検索システムにおける対象文字の検索結果画面**※氏名文字置き換え希望者のみ**
※検索結果画面を印刷して添付してください。
※氏名文字の変更については「Ⅱ　氏名文字の文字水準について」をご参照ください。

Ⅱ　氏名文字の文字水準について

取り扱い可能な文字水準はＪＩＳ第四水準以下となります。以下、ご留意ください。
・個人番号カードの券面（両面）のコピーの添付があり、個人番号欄に個人番号の記載がある場合
個人番号カードの券面（表面）に記載された氏名文字で免許証を発行いたします。
・上記以外の場合
記載いただいた氏名文字（住民票もしくは戸籍抄（謄）本に記載されている文字）で免許証を発行いたしますが、氏名文字に外字（ＪＩＳ第四水準を超える文字）を含む場合は、厚生労働省にてＪＩＳ第四水準以下の文字に置き換えた上で免許証を発行いたします。希望する置き換え文字がある場合は、氏名欄に記載した外字にマルを付け、氏名欄の右側欄外に希望する置き換え文字（※）を記載ください。
※　置き換え希望文字は文字情報基盤検索システムにて縮退文字検索される文字候補の範囲に限ります。本作業の詳細につきましては以下リンク先に掲載しております「置き換え文字指定方法マニュアル」をご確認いただき、申請時は検索結果画面をあわせて提出してください。
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/shikakushinsei.html

Ⅱ　免許申請書の書き方について

(1)　該当する不動文字を〇で囲み、数字は右側につめて記入してください　例「 1 3 」
(2)　生年月日については、日本国籍の方は元号で、外国籍の方は西暦で記入してください。
(3)　氏名欄は個人番号カードの券面(表面)や通知カードまたは個人番号通知書を参照して記入してください。
個人番号カードの券面（表面）や通知カードまたは個人番号通知書に記載されている文字で登録を行います。
(4)　免許証に氏名と旧姓の併記を希望する場合は、旧姓欄に記入してください。
(5)　住民票の写しやマイナンバーカード券面（表面）に通称名が記載されている外国籍の方で、免許証に氏名と通称名の併記を希望する場合は、通称名欄に記入してください。
(6)　外国籍の方で、住民票の写しやマイナンバーカード券面（表面）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方は、免許証への表記を希望するいずれかの文字の氏名を記入してください。（選択しなかった文字を通称名として記載することは不可。）
(7)　申請年月日については、下線の左側に**必ず元号を記入**してください。

Ⅲ　免許申請書の提出方法について

上から、免許申請書、診断書、個人番号カードの券面（両面）のコピー、文字情報基盤検索システムにおける対象文字の検索結果画面（希望者のみ）の順にそろえ、右上部のホチキス位置で留め、住所地を管轄する保健所に提出してください。
※個人番号を記載できない場合は、個人番号カードの券面（両面）のコピーに代えて**住民票（個人番号が記載されていないものに限る）もしくは戸籍抄（謄）本**を添付のうえ提出してください。

Ⅳ　登録済証明書について

免許登録後、免許証が申請者に届くまで 2～3 ヶ月程度要するので、希望に応じて登録済証明書を発行します（登録日から一両日中に発行されます）。就職先で求められることがありますので、**必要の有無を確認**してください。免許申請後に登録済証明書の発行を希望された場合に対応できないことがあります。
(1) **所定の登録済証明書用はがき**を使用すること。
(2) 裏面は**氏名欄のみ**記入すること。
(3) 必ず **85 円分の切手を貼付**すること。（お急ぎの場合は、通常の切手分に加え速達（300 円）分の切手を貼付し、「速達」と朱書きすること。）
(4) 表面は**確実に受取可能な住所、受取人氏名を記入する**こと。
(5) 診断書裏面に**クリップ**で留めて提出すること。
※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	昭和 平成 令和 西暦　　年　　月　　日	年　齢	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

２. 聴覚機能
耳が聞こえない　　□該当しない　　□該当する

３. 音声・言語機能
口がきけない　　□該当しない　　□該当する

４. 精神機能
精神機能の障害　　□該当しない　　□専門家による判断が必要

５. 麻薬、大麻又はあへんの中毒
□なし　　□あり

診　断　年　月　日	令和　　年　　月　　日		
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	
	診　療　科	氏　　名	

【注意事項】
※必ずどちらかに☑を記載してください。
※業務を行うにあたり支障がないと診断した場合は、「該当しない」を選択してください。
なお、既往歴があっても業務を行うにあたり支障がないと診断した場合は「該当しない」を選択してください。
※「該当する」「専門家による判断が必要」に☑の場合は、**該当項目に係る診療科の主治医又は専門医による詳細な診断書（裏面）をあわせて提出してください。**
※本様式は、**歯科医師**免許申請用。職種に応じて診断項目は変わるので、注意してください。
※障害の状況や合理的配慮について、本人より意見等があれば、別途添付（様式不問）も可（提出は任意）。

「該当する」「専門家による判断が必要」に☑の場合は、
該当項目に係る診療科の主治医又は専門医が裏面を記載して下さい

表面項目の「該当する」「専門家による判断が必要」に☑がついた場合のみ記載。

表面の者について、下記のとおり診断します。

診断名：

１．現在の具体的な治療内容（治療期間、服薬名及び量）

２．症状の安定性

３．補助的又は代替的手段があればその具体的内容
※本人からの聴取を踏まえて記載してください。

４．業務への支障の程度

５．その他特記事項

診　断　年　月　日		令和　　年　　月　　日		
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		
	診　療　科		氏　　名	

【注意事項】
※診療科が一致する主治医又は専門医が記載してください。