届出様式第５号

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　　　名 |  | | | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 |
| 住　　　　　所 |  | | | | | | |
| 歯科衛生士名簿  登　　　　　録 | 番　　　号 |  | | | | | |
| 年　月　日 | 昭和・平成　　　　　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　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。