

附則様式第 1 （附則第 56 条第 1 項関係）

移行計画認定申請書

年 月 日

厚生労働大臣 殿

法人所在地
法人名
代表者の氏名
印

良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律附則第 10 条の 3 第 1 項の認定を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1 法人の設立年月日 年 月 日

2 法人が開設する病院・診療所・介護老人保健施設・介護医療院名等

医療機関等の名称	所在地

3 現在の法人類型

- () イ 出資額限度法人
() ロ 出資額限度法人以外の医療法人

医師届出票

(年12月31日現在)

第二号書式(第六条関係)

(1) 住 所	〒 - 都 道 府 県		
ふ り が な			電 話
(2) 氏 名			市外局番 (- -)
(3) 性 別	1 男 ・ 2 女	(4) 生 年 月 日	1 平成 2 昭和 年 月 日 3 大正 4 明治
(5) 医 籍 登 録 番 号	第 号	(6) 医 籍 登 録 年 月 日	1 平成 2 昭和 年 月 日 3 大正 4 明治
(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) 	診療所	01 診療所の開設者又は法人の代表者 02 診療所の勤務者	
	病院 (医育機関附属の病院を除く。)	03 病院の開設者又は法人の代表者 04 病院の勤務者	
	医育機関 (医学部を有する大学又はその附属機関)	05 医育機関の臨床系の教官又は教員 06 医育機関の臨床系の大学院生 07 医育機関の臨床系の勤務者で05及び06以外の者(医員、臨床研修医、その他) 08 医育機関の臨床系以外の大学院生 09 医育機関の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 介護老人保健施設の開設者又は法人の代表者 11 介護老人保健施設の勤務者	
	介護医療院	12 介護医療院の開設者又は法人の代表者 13 介護医療院の勤務者	
	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 14及び15以外の産業医 17 上記以外の保健衛生業務の従事者	
	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 ((7)欄の「主たる施設・業務の種別」に01～17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			市外局番 (- -)
所 在 地	〒 - 都 道 府 県 市 郡 区 町 村		
(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01～17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			市外局番 (- -)
所 在 地	〒 - 都 道 府 県 市 郡 区 町 村		
主たる従事先の状況 (以下の(10)～(12)欄は、(7)欄の「主たる施設・業務の種別」に01～05、07及び09～17のいずれかを記入した者のみが記入すること。)			
(10) 就 業 形 態	1・2いずれかを○で囲むこと。 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。		
(11) 主たる業務内容	最も長時間従事している業務内容の番号を○で囲むこと。 1 診療 2 教育・研究 3 管理 4 産業医業務 5 その他		
(12) 休 業 の 取 得	以下を取得中の者は番号を○で囲むこと。 1 産前・産後休業 2 育児休業 3 介護休業		

裏面へ続く

(13) 従 事 す る 診 療 科 名 等 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。 臨床研修医の場合、「40 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。	((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。)				
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 神経内科 09 皮膚科 12 感染症内科 15 心療内科	主たる診療科名の番号（1つ）	
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	35 放射線科 38 臨床検査科	36 麻酔科 39 救急科		
IV	40 臨床研修医	41 全科			
V	42 その他（ ）				
(14) 取得している広告可能な医師の専門性に関する資格名及び麻酔科の標榜資格 取得しているすべての資格名の番号を○で囲むこと。	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及び麻酔科の標榜資格（麻酔科標榜医）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。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。				
I	01 総合内科専門医 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	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		
I	18 呼吸器専門医 21 腎臓専門医 24 糖尿病専門医 27 アレルギー専門医 30 心療内科専門医	19 循環器専門医 22 肝臓専門医 25 内分泌代謝科専門医 28 リウマチ専門医	20 消化器専門医 23 神経内科専門医 26 血液専門医 29 感染症専門医		
I	31 呼吸器外科専門医 34 気管食道科専門医	32 心臓血管外科専門医 35 消化器外科専門医	33 乳腺専門医 36 小児外科専門医		
I	37 超音波専門医 40 老年病専門医 43 漢方専門医 46 核医学専門医 49 ペインクリニック専門医 52 がん薬物療法専門医 55 小児神経専門医	38 細胞診専門医 41 消化器内視鏡専門医 44 レーザー専門医 47 大腸肛門病専門医 50 熱傷専門医 53 周産期（新生児）専門医 56 一般病院連携精神医学専門医	39 透析専門医 42 臨床遺伝専門医 45 気管支鏡専門医 48 婦人科腫瘍専門医 51 脳血管内治療専門医 54 生殖医療専門医		
II	57 麻酔科標榜医				
(15) 医師免許取得の際に医学課程を修めた大学名等 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。	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 東京医科歯科大学 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
公立	43 札幌医科大学 47 京都府立医科大学	44 福島県立医科大学 48 大阪市立大学	45 横浜国立大学 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 杏林大学 59 帝京大学 63 東邦大学 67 東海大学 71 藤田保健衛生大学 75 兵庫医科大学 79 産業医科大学	52 自治医科大学 56 慶應義塾大学 60 東京医科大学 64 日本大学 68 聖マリアンナ医科大学 72 大阪医科大学 76 川崎医科大学 80 防衛医科大学校	53 獨協医科大学 57 順天堂大学 61 東京慈恵会医科大学 65 日本医科大学 69 金沢医科大学 73 関西医科大学 77 久留米大学 81 外国の医学学校	54 埼玉医科大学 58 昭和大学 62 東京女子医科大学 66 北里大学 70 愛知医科大学 74 近畿大学 78 福岡大学 82 その他	
(16) 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

死亡診断書（死体検案書）

この死亡診断書（死体検案書）は、我が国の死因統計作成の資料としても用いられます。楷書で、できるだけ詳しく書いてください。

記入の注意

氏名			1男 2女	生年月日	明治 昭和 大正 平成	年 月 日
死亡したとき	平成 年 月 日		午前・午後 時 分			
死亡したところ及びその種別	死亡したところの種別	1病院 2診療所 3介護医療院・介護老人保健施設 4助産所 5老人ホーム 6自宅 7その他				
	死亡したところ	番 地 番 号				
	(死亡したところの種別1～5)	()				
	施設 の 名 称					
死 亡 の 原 因	I	(ア)直接死因			発病（発症）又は受傷から死亡までの期間	
		(イ)(ア)の原因			◆年、月、日等の単位で書いてください	
		(ウ)(イ)の原因			ただし、1日未満の場合は、時、分等の単位で書いてください	
		(エ)(ウ)の原因			(例：1年3ヵ月、5時間20分)	
	II	直接には死因に関係しないがI欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等				
	手術	1無 2有	部位及び主要所見		手術年月日	平成 昭和 年 月 日
解剖	1無 2有	主要所見				
死 因 の 種 類	1 病死及び自然死					
	外因死 不慮の外因死 { 2 交通事故 3 転倒・転落 4 溺水 5 煙、火災及び火焰による傷害 6 窒息 7 中毒 8 その他 } その他及び不詳の外因死 { 9 自殺 10 他殺 11 その他及び不詳の外因 } 12 不詳の死					
外 因 死 の 追 加 事 項	傷害が発生したとき	平成・昭和 年 月 日 午前・午後 時 分			傷害が発生したところ	都道府県
	傷害が発生したところの種別	1住居 2工場及び建築現場 3道路 4その他 ()			市 郡	区 町村
◆伝聞又は推定情報の場合でも書いてください	手段及び状況					
生 後 1 年 未 満 で 病 死 した 場 合 の 追 加 事 項	出生時体重	グラム		単胎・多胎の別	妊娠週数	
			1単胎 2多胎 (子中第 子)	満 週		
追 加 事 項	妊娠・分娩時における母体の病態又は異状			母の生年月日	前回までの妊娠の結果	
	1無 2有 { 3不詳 }			昭和 年 月 日 平成	出生児 人 死産児 胎 (妊娠満22週以後に限る)	
その他特に付言すべきことがら						
上記のとおり診断（検案）する						
診断（検案）年月日 平成 年 月 日						
本診断書（検案書）発行年月日 平成 年 月 日						
番地 番 号						
(氏名) 医師 印						

生年月日が不詳の場合は、推定年齢をカッコを付して書いてください。

夜の12時は「午前0時」、昼の12時は「午後0時」と書いてください。

「5老人ホーム」は、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいいます。

死亡したところの種別で「3介護医療院・介護老人保健施設」を選択した場合は、施設の名称に続けて、介護医療院、介護老人保健施設の別をカッコ内に書いてください。

傷病名等は、日本語で書いてください。
I欄では、各傷病について発病の型（例：急性）、病因（例：病原体名）、部位（例：胃噴門部がん）、性状（例：病理組織型）等もできるだけ書いてください。

妊娠中の死亡の場合は「妊娠満何週」、また、分娩中の死亡の場合は「妊娠満何週の分娩中」と書いてください。
産後42日未満の死亡の場合は「妊娠満何週産後満何日」と書いてください。

I欄及びII欄に関係した手術について、術式又はその診断名と関連のある所見等を書いてください。紹介状や伝聞等による情報についてもカッコを付して書いてください。

「2交通事故」は、事故発生からの期間にかかわらず、その事故による死亡が該当します。
「5煙、火災及び火焰による傷害」は、火災による一酸化炭素中毒、窒息等も含まれます。

「1住居」とは、住宅、庭等をいい、老人ホーム等の居住施設は含まれません。

傷害がどのような状況で起こったかを具体的に書いてください。

妊娠週数は、最終月経、基礎体温、超音波計測等により推定し、できるだけ正確に書いてください。

母子健康手帳等を参考に書いてください。

歯 科 医 師 届 出 票

(年12月31日現在)

第二号書式(第六条関係)

(1) 住 所	〒 - 都 道 府 県		
ふ り が な			電 話
(2) 氏 名			市外局番 (- -)
(3) 性 別	1 男 ・ 2 女	(4) 生 年 月 日	1 平成 2 昭和 年 月 日 3 大正 4 明治
(5) 歯 科 医 籍 登 録 番 号	第 号	(6) 歯 科 医 籍 登 録 年 月 日	1 平成 2 昭和 年 月 日 3 大正 4 明治
(7) 従事している施設及び業務の種類			
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つを記入すること。 従たる施設・業務の種別（1つ） 	診療所	01 診療所の開設者又は法人の代表者 02 診療所の勤務者	
	病院 (医育機関附属の病院を除く。)	03 病院の開設者又は法人の代表者 04 病院の勤務者	
	医育機関 (歯学部若しくは医学部を有する大学又はその附属機関)	05 医育機関の臨床系の教官又は教員 06 医育機関の臨床系の大学院生 07 医育機関の臨床系の勤務者で05及び06以外の者（医員、臨床研修医、その他） 08 医育機関の臨床系以外の大学院生 09 医育機関の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 介護老人保健施設の開設者又は法人の代表者 11 介護老人保健施設の勤務者	
	介護医療院	12 介護医療院の開設者又は法人の代表者 13 介護医療院の勤務者	
	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 ((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			市外局番 (- -)
所 在 地	〒 - 都 道 府 県 市 郡 区 町 村		
(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			市外局番 (- -)
所 在 地	〒 - 都 道 府 県 市 郡 区 町 村		
主たる従事先の状況 (以下の (10) ～ (12) 欄は、(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。)			
(10) 就 業 形 態	1 ・ 2 いずれかを○で囲むこと。 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。		
(11) 主 たる 業 務 内 容	最も長時間従事している業務内容の番号を○で囲むこと。 1 診療 2 教育・研究 3 管理 4 その他		
(12) 休 業 の 取 得	以下を取得中の者は番号を○で囲むこと。 1 産前・産後休業 2 育児休業 3 介護休業		

裏面へ続く

(13) 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。	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 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。	主たる診療科名の番号(1つ)
(14) 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。	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	
(15) 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
(16) 備 考		

提 出 期 限 翌年1月15日

(13) 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。	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 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。	主たる診療科名 の番号(1つ)
(14) 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。	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	
(15) 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
(16) 備 考		

提 出 期 限 翌年1月15日

死亡診断書

この死亡診断書は、我が国の死因統計作成の資料としても用いられます。楷書で、できるだけ詳しく書いてください。

氏名			1男 2女	生年月日	明治 昭和 年 月 日 大正 平成 (生まれてから30日以内に死亡したときは生まれた時刻も書いてください)	午前・午後 時 分	
	死亡したとき平成 年 月 日 午前・午後 時 分						
死亡したところ及びその種別	死亡したところの種別		1病院 2診療所 3介護医療院・介護老人保健施設 4助産所 5老人ホーム 6自宅 7その他				
	死亡したところ		番 地 番 号				
	(死亡したところの種別1〜5)		()				
	施設 の 名 称						
死 亡 の 原因 ◆Ⅰ欄、Ⅱ欄ともに疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないでください ◆Ⅰ欄では、最も死亡に影響を与えた傷病名を医学的因果関係の順番で書いてください ◆Ⅰ欄の傷病名の記載は各欄一つにしてください ただし、欄が不足する場合は(正)欄に残りを医学的因果関係の順番で書いてください	Ⅰ	(ア)直接死因			発病(発症)又は受傷から死亡までの期間 ◆年、月、日等の単位で書いてください ただし、1日未満の場合は、時、分等の単位で書いてください (例：1年3ヵ月、5時間20分)		
		(イ)(ア)の原因					
		(ウ)(イ)の原因					
		(エ)(ウ)の原因					
	Ⅱ	直接には死因に関係しないがⅠ欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等					
	手術	1無 2有	部位及び主要所見		手術年月日	平成 昭和 年 月 日	
	解剖	1無 2有	主要所見				
	死 因 の 種 類	1 病死及び自然死					
外因死 不慮の外因死 { 2 交通事故 3 転倒・転落 4 溺水 5 煙、火災及び火焰による傷害 6 窒息 7 中毒 8 その他 } その他及び不詳の外因死 { 9 自殺 10 他殺 11 その他及び不詳の外因 }							
12 不詳の死							
外 因 死 の 追 加 事 項 ◆伝聞又は推定情報の場合でも書いてください	傷害が発生したとき	平成・昭和 年 月 日 午前・午後 時 分			傷害が発生したところ	都道府県	
	傷害が発生したところの種別	1住居 2工場及び建築現場 3道路 4その他 ()			市 郡	区 町村	
	手段及び状況						
生 後 1 年 未 満 で 病 死 し た 場 合 の 追 加 事 項	出生時体重		単胎・多胎の別		妊娠週数		
	グラム		1単胎 2多胎 (子中第 子)		満 週		
	妊娠・分娩時における母体の病態又は異状		母の生年月日		前回までの妊娠の結果		
追 加 事 項	1無 2有		昭和 年 月 日 平成		出生児 人 死産児 胎 (妊娠満22週以後に限る)		
	その他特に付言すべきことがら						
上記のとおり診断する							
診断年月日 平成 年 月 日 本診断書発行年月日 平成 年 月 日							
〔 病院、診療所、介護医療院若しくは介護老人保健施設等の名称及び所在地又は歯科医師の住所 〕							
(氏名) 歯科医師 印							

記入の注意

生年月日が不詳の場合は、推定年齢をカッコを付けて書いてください。

夜の12時は「午前0時」、昼の12時は「午後0時」と書いてください。

「5老人ホーム」は、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいいます。

死亡したところの種別で「3介護医療院・介護老人保健施設」を選択した場合は、施設の名称に続けて、介護医療院、介護老人保健施設の別をカッコ内に書いてください。

傷病名等は、日本語で書いてください。
Ⅰ欄では、各傷病について発病の型(例：急性)、病因(例：病原体名)、部位(例：胃噴門部がん)、性状(例：病理組織型)等もできるだけ書いてください。

妊娠中の死亡の場合は「妊娠満何週」、また、分娩中の死亡の場合は「妊娠満何週の分娩中」と書いてください。
産後42日未満の死亡の場合は「妊娠満何週産後満何日」と書いてください。

Ⅰ欄及びⅡ欄に関係した手術について、術式又はその診断名と関連のある所見等を書いてください。紹介状や伝聞等による情報についてもカッコを付けて書いてください。

「2交通事故」は、事故発生からの期間にかかわらず、その事故による死亡が該当します。
「5煙、火災及び火焰による傷害」は、火災による一酸化炭素中毒、窒息等も含まれます。

「1住居」とは、住宅、庭等をいい、老人ホーム等の居住施設は含まれません。

傷害がどのような状況で起こったかを具体的に書いてください。

妊娠週数は、最終月経、基礎体温、超音波計測等により推定し、できるだけ正確に書いてください。

母子健康手帳等を参考に書いてください。

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
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. 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。