医政発 0814 第２号
医薬発 0814 第４号
令和８年８月 14 日

各都道府県知事　殿

厚生労働省医政局長
厚生労働省医薬局長
（ 公 印 省 略 ）

「医師法施行規則等の一部を改正する省令」の公布について（通知）

医師法施行規則等の一部を改正する省令（令和８年厚生労働省令第 128 号）については、別添のとおり公布され、令和８年８月 14 日から施行されることとなりました。

今回の改正の趣旨、概要等は下記のとおりですので、貴職におかれては、これを御了知いただくとともに、関係団体等に対し、周知をお願いいたします。

記

１．改正の趣旨

○　医師、歯科医師、保健師、助産師及び看護師、歯科技工士、薬剤師並びに歯科衛生士（以下「医師等」という。）については、保健衛生行政上、その分布及び業態を正確に把握する必要があることから、医師法（昭和 23 年法律第 201 号）第６条第３項、歯科医師法（昭和 23 年法律第 202 号）第６条第３項、保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）第 33 条、歯科技工士法（昭和 30 年法律第 168 号）第６条第３項、薬剤師法（昭和 35 年法律第 146 号）第９条及び歯科衛生士法（昭和 23 年法律第 204 号）第６条第３項において、２年ごとに、氏名、住所その他厚生労働省令で定める事項について、住所地の都道府県知事を経由して厚生労働大臣に、又は就業地の都道府県知事に届け出なければならないこととされている。

○　これらの規定に基づき、医師法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 47 号）第６条第２項及び第２号書式、歯科医師法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 48 号）第６条第２項及び第２号書式、保健師助産師看護師法施行規則（昭和 26 年厚

生省令第 34 号）第 33 条第２項及び第３号様式、歯科技工士法施行規則（昭和 30 年厚生省令第 23 号）第５条第３項及び様式第３号、薬剤師法施行規則（昭和 36 年厚生省令第５号）第７条第２項及び様式第６並びに歯科衛生士法施行規則（平成元年厚生省令第 46 号）第９条第３項及び様式第５号において、医師等が届け出なければならない事項について、それぞれ様式を定めているところ。

○　令和８年度は、当該規定に基づき届出を実施する年であり、今後の医師等の確保対策の検討等において必要な情報をこれらの届出により把握できるよう、医師法施行規則第２号書式、歯科医師法施行規則第２号書式、保健師助産師看護師法施行規則第３号様式、歯科技工士法施行規則様式第３号、薬剤師法施行規則様式第６及び歯科衛生士法施行規則様式第５号の届出の様式（以下「届出様式」という。）について、それぞれ所要の改正を行う。

○　また、今般の改正において、届出様式の氏名欄に旧姓を記載する欄を新たに設ける改正を行うところ、これに併せて、各法令に規定される届出様式以外の様式についても、旧姓を記載する欄を設ける改正を行う。

２．改正の概要

（１）医師法施行規則第２号書式の一部改正について

○　「(2) 氏名」欄中に、旧姓を記載する欄を新たに設ける。

○　「(2) 氏名」欄中メールアドレス欄を削除する。

○　「(7) 従事している施設及び業務の種別」欄中「医育機関」の項目について、括弧内の補足説明を「医学部を有する大学又はその附属機関」から「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」に変更する。

○　大学名の変更に伴い、「(14)医師免許取得の際に医学課程を修めた大学名等」中「11　東京医科歯科大学」を「11　東京科学大学」に、「60　昭和大学」を「60　昭和医科大学」に変更する。

○　その他所要の改正を行う。

（２）歯科医師法施行規則第２号書式の一部改正について

○　「(2) 氏名」欄中に、旧姓を記載する欄を新たに設ける。

○　「(2) 氏名」欄中メールアドレス欄を削除する。

○　「(7) 従事している施設及び業務の種別」欄中「医育機関」の項目について、括弧内の補足説明を「歯学部若しくは医学部を有する大学又はその附属病院」から「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」に変更する。

○　「(10)従事する診療科名等」欄中に、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〇で囲む旨の注意書きを追加する。

〇　大学名の変更に伴い、「(12)歯科医師免許取得の際に歯学課程を修めた大学名等」中「03　東京医科歯科大学」を「03　東京科学大学」に、「18　昭和大学」を「18　昭和医科大学」に変更する。

〇　その他所要の改正を行う。

（３）保健師助産師看護師法施行規則第３号様式の一部改正について

〇　「氏名」欄中に、旧姓を記載する欄を新たに設ける。

〇　「所在地」欄中に、市町村コードを記載する欄を新たに設ける。

（４）薬剤師法施行規則様式第６の一部改正について

〇　「(2) 氏名」欄中に、旧姓を記載する欄を新たに設ける。

〇　「(2) 氏名」欄中メールアドレス欄を削除する。

〇　大学名の変更及び薬学部の新設に伴い、「(10)薬剤師免許取得の際に薬学課程を修めた大学名等」中「38　昭和大学」を「38　昭和医科大学」に変更し、「46　岐阜医療科学大学」を追加する。また、追加に伴い 47 以降の通し番号を修正する。

（５）医師法施行規則第２号の２書式から第３号書式までの書式、歯科医師法施行規則第２号の２書式から第３号書式までの書式、保健師助産師看護師法施行規則第１号の４書式から第１号の 12 書式までの書式、第２号様式及び第３号様式の様式、歯科技工士法施行規則様式第３号及び様式第４号、薬剤師法施行規則様式第２、様式第５及び様式第６の２から様式第９までの様式並びに歯科衛生士法施行規則様式第３号、様式第５号及び様式第６号の一部改正について

〇　氏名を記載する欄の中に、旧姓を記載する欄を新たに設け、又は申請者の希望に応じて旧姓を併記することを可能とする旨の備考を追加する。

〇　その他所要の改正を行う。

３．施行期日等

〇　公 布 日：令和８年８月 14 日

〇　施行期日：公布日。ただし、医師法施行規則第３号書式、歯科医師法施行規則第３号書式、保健師助産師看護師法施行規則第２号書式、歯科技工士法施行規則様式第４号及び歯科衛生士法施行規則様式第６号の改正は、令和９年４月１日。

以上

官報
（号外）
発行　内閣府
（原稿作成　国立印刷局）

目次

〔省令〕
○医師法施行規則等の一部を改正する省令（厚生労働一二八）　一
〔公告〕
諸事項
裁判所
破産、免責、再生関係　四
特殊法人等
西日本高速道路株式会社料金の額及び徴収期間の変更、日本弁護士連合会懲戒処分関係　十三
地方公共団体
行旅死亡人関係　十九
会社その他
会社決算公告

省令

○厚生労働省令第百二十八号

医師法（昭和二十三年法律第二百一号）第六条第三項、第八条及び第十六条、歯科医師法（昭和二十三年法律第二百二号）第六条第三項、第八条及び第十六条、保健師助産師看護師法（昭和二十三年法律第二百三号）第十六条、第二十八条及び第三十三条、歯科衛生士法（昭和二十三年法律第二百四号）第六条第三項、第九条及び第十二条の九、歯科技工士法（昭和三十年法律第百六十八号）第六条第三項及び第十六条、薬剤師法（昭和三十五年法律第百四十六号）第九条、第十条及び第十八条並びに薬剤師法施行令（昭和三十六年政令第十三号）第十一条の規定に基づき、医師法施行規則等の一部を改正する省令を次のように定める。

令和八年八月十四日

厚生労働大臣　上野賢一郎

医師法施行規則等の一部を改正する省令

（医師法施行規則の一部改正）

第一条　医師法施行規則（昭和二十三年厚生省令第四十七号）の一部を次のように改正する。

第二号書式から第三号書式までの書式を次のように改める。

第二号書式（第六条関係）

医　師　届　出　票

（令和　年12月31日現在）

(1) 住　所	〒□□□－□□□□　都道府県　市郡　区　町村		
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) 医籍登録番号	第　号	(6) 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
01～19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 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（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 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

従事先　「勤務状況」の「勤務日数」は、今年度12月１日～７日の宿直・日直以外の勤務日の合計を選択する。なお、午前のみ、午後のみの勤務の場合は0.5日としてカウントする。「夜間・休日勤務（宿直・日直を含む）の回数」は、通常の勤務又は宿直・日直の別に関わらず、今年度11月１日～30日の休診日や夜間に、院内に待機して診療等の対応を行う勤務の合計を選択する。日直・宿直はそれぞれ１回、宿直と日直を連続して行う場合は２回としてカウントする。なお、オンコールはカウントしない。

(8) 主たる従事先（「名称」「所在地」「勤務状況」「電話」は、(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		代表電話（　－　－　）
所在地	〒□□□－□□□□　都道府県　市郡　区　町村	
勤務状況（該当する項目を１つ○で囲むこと。）	12月１日～７日の勤務日数（日/週）（宿直・日直を除く）	0日 0.5 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0
	11月の夜間・休日勤務（宿直・日直を含む）の回数（回/月）	0回 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10～15未満 15～20未満 20以上
	うち、宿直・日直の回数（回/月）	0回 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10～15未満 15～20未満 20以上

（「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09～17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 産業医業務　5 公衆衛生業務　6 司法行政解剖業務　7 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01～17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		代表電話（　－　－　）
所在地	〒□□□－□□□□　都道府県　市郡　区　町村	
勤務状況（該当する項目を１つ○で囲むこと。）	12月１日～７日の勤務日数（日/週）（宿直・日直を除く）	0日 0.5 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0
	11月の夜間・休日勤務（宿直・日直を含む）の回数（回/月）	0回 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10～15未満 15～20未満 20以上
	うち、宿直・日直の回数（回/月）	0回 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10～15未満 15～20未満 20以上
従たる従事先の件数	件　（今年度12月31日現在で雇用契約等のある全ての従たる従事先。）	

裏面へ続く

(10) 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、「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。

（(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	02 呼吸器内科	03 循環器内科
	04 消化器内科(胃腸内科)	05 腎臓内科	06 脳神経内科
	07 糖尿病内科(代謝内科)	08 血液内科	09 皮膚科
	10 アレルギー科	11 リウマチ科	12 感染症内科
	13 小児科	14 精神科	15 心療内科
Ⅱ	16 外科	17 呼吸器外科	18 心臓血管外科
	19 乳腺外科	20 気管食道外科	21 消化器外科(胃腸外科)
	22 泌尿器科	23 肛門外科	24 脳神経外科
	25 整形外科	26 形成外科	27 美容外科
	28 眼科	29 耳鼻いんこう科	30 小児外科
	31 産婦人科	32 産科	33 婦人科
Ⅲ	34 リハビリテーション科	35 放射線科	36 麻酔科
	37 病理診断科	38 臨床検査科	39 救急科
	40 集中治療科		
Ⅳ	41 臨床研修医	42 全科	
Ⅴ	43 その他（　　）		

主たる診療科名の番号(１つ)

(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	02 小児科専門医	03 皮膚科専門医
	04 精神科専門医	05 外科専門医	06 整形外科専門医
	07 産婦人科専門医	08 眼科専門医	09 耳鼻咽喉科専門医
	10 泌尿器科専門医	11 脳神経外科専門医	12 放射線科専門医
	13 麻酔科専門医	14 病理専門医	15 救急科専門医
	16 形成外科専門医	17 リハビリテーション科専門医	18 臨床検査専門医
	19 総合診療専門医		
	20 総合内科専門医	21 呼吸器専門医	22 循環器専門医
	23 消化器病専門医	24 腎臓専門医	25 肝臓専門医
	26 神経内科専門医	27 糖尿病専門医	28 内分泌代謝科専門医
	29 血液専門医	30 アレルギー専門医	31 リウマチ専門医
	32 感染症専門医	33 心療内科専門医	
	34 呼吸器外科専門医	35 心臓血管外科専門医	36 乳腺専門医
	37 気管食道科専門医	38 消化器外科専門医	39 小児外科専門医
	40 超音波専門医	41 細胞診専門医	42 透析専門医
	43 老年病専門医	44 消化器内視鏡専門医	45 臨床遺伝専門医
	46 漢方専門医	47 レーザー専門医	48 気管支鏡専門医
	49 核医学専門医	50 大腸肛門病専門医	51 婦人科腫瘍専門医
	52 ペインクリニック専門医	53 熱傷専門医	54 脳血管内治療専門医
	55 がん薬物療法専門医	56 周産期(新生児)専門医	57 生殖医療専門医
	58 小児神経専門医	59 一般病院連携精神医学専門医	
Ⅱ	60 麻酔科標榜医	Ⅲ 61 社会医学系専門医	Ⅳ 62 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

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	02 旭川医科大学	03 弘前大学	04 東北大学
	05 秋田大学	06 山形大学	07 筑波大学	08 群馬大学
	09 千葉大学	10 東京大学	11 東京科学大学	12 新潟大学
	13 富山大学	14 金沢大学	15 福井大学	16 山梨大学
	17 信州大学	18 岐阜大学	19 浜松医科大学	20 名古屋大学
	21 三重大学	22 滋賀医科大学	23 京都大学	24 大阪大学
	25 神戸大学	26 鳥取大学	27 島根大学	28 岡山大学
	29 広島大学	30 山口大学	31 徳島大学	32 香川大学
	33 愛媛大学	34 高知大学	35 九州大学	36 佐賀大学
	37 長崎大学	38 熊本大学	39 大分大学	40 宮崎大学
	41 鹿児島大学	42 琉球大学		
公立	43 札幌医科大学	44 福島県立医科大学	45 横浜市立大学	46 名古屋市立大学
	47 京都府立医科大学	48 大阪公立大学	49 奈良県立医科大学	50 和歌山県立医科大学
私立・大学校・外国医学校・その他	51 岩手医科大学	52 東北医科薬科大学	53 自治医科大学	54 獨協医科大学
	55 埼玉医科大学	56 国際医療福祉大学	57 杏林大学	58 慶應義塾大学
	59 順天堂大学	60 昭和医科大学	61 帝京大学	62 東京医科大学
	63 東京慈恵会医科大学	64 東京女子医科大学	65 東邦大学	66 日本大学
	67 日本医科大学	68 北里大学	69 聖マリアンナ医科大学	70 東海大学
	71 金沢医科大学	72 愛知医科大学	73 藤田医科大学	74 大阪医科薬科大学
	75 関西医科大学	76 近畿大学	77 兵庫医科大学	78 川崎医科大学
	79 久留米大学	80 福岡大学	81 産業医科大学	82 防衛医科大学校
	83 外国の医学校	84 その他		

医学課程を修めた外国の医学校のある国

医学校のある国の番号を１つ○で囲むこと。

（(14)欄の83を○で囲んだ者のみが記入すること。）

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

従事要件が終了している場合を含め、該当する場合記入すること。※自治医科大学出身者は要記入、防衛医科大学校及び産業医科大学は記入不要。

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○を付けること。
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○を付けること。

同意しない場合

(19) 備考

提出期限　翌年１月15日

第二号の二書式（第十条の二関係）

※ 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）　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。

第二号の三書式（第十条の三関係）

※ 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　月　日	大正 昭和 平成 令和 西暦	年　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。

第二号の四書式（第十条の四関係）

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収	入　印　紙 (消印しないこと。)	欄

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）　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。

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。

第二号書式（第六条関係）

歯科医師届出票

（令和　年12月31日現在）

(1) 住所	〒 □□□ － □□□□ 都府道県　市郡　区　町村		
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

（歯科医師法施行規則の一部改正）

第二条　歯科医師法施行規則（昭和二十三年厚生省令第四十八号）の一部を次のように改正する。

第二号書式から第三号書式までの書式を次のように改める。

(10) 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。	((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。) 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 主たる診療科名の番号(１つ)：	
(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 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。 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 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、歯科医師免許取得の際に歯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　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 私立・外国歯学校：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 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

第二号の二書式（第十条の二関係）

※ 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）　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。

第二号の三書式（第十条の三関係）

※ 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　月　日		大正 昭和 平成 令和 西暦　年　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。

第二号の四書式（第十条の四関係）

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収	入　印　紙 (消印しないこと。)	欄

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）　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。

第三号書式（第十三条、第十五条関係）

収入印紙

歯科医師国家試験（歯科医師国家試験予備試験）願書

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。

（保健師助産師看護師法施行規則の一部改正）

第三条　保健師助産師看護師法施行規則（昭和二十六年厚生省令第三十四号）の一部を次のように改正する。

第一号の四書式から第一号の十二書式までの書式を次のように改める。

第一号の四書式（第十三条関係）

※ 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

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

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	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。

第一号の五書式（第十三条関係）

※ 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	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		

生年月日	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。

第一号の六書式（第十三条関係）

※ 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

看護師籍登録番号	第　　号	看護師籍登録年月日	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	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	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。

第一号の七書式（第十四条関係）

※ 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

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 平成 令和 西暦　年　月　日		昭和 平成 令和 西暦　年　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	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。

第一号の八書式（第十四条関係）

※ 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・平成・令和・西暦　年　月　日		昭和・平成・令和・西暦　年　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	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。

第一号の九書式（第十四条関係）

※ 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 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	昭和 平成 令和 西暦　年　月　日		昭和 平成 令和 西暦　年　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	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。

第一号の十書式（第十五条関係）

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収	入　印　紙 （消印しないこと。）	欄

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）　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。

第一号の十一書式（第十五条関係）

※ 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）　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。

第一号の十二書式（第十五条関係）

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収	入　印　紙 （消印しないこと。）	欄

再教育研修修了登録証再交付申請書

看護師籍登録番号	第　　号	看護師籍登録年月日	大正 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）　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。

第二号様式（第二十四条、第二十五条、第二十六条、附則第七項、附則第八項関係）

第二号様式及び第三号様式を次のように改める。

保健師（助産師、看護師）国家試験願書

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 （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 （　　都道府県）※都道府県からの免許付与者のみ		１．令和　２．平成　３．昭和　　年　　月　　日
助産師籍	厚生労働省　　第　　号 （　　都道府県）※都道府県からの免許付与者のみ		１．令和　２．平成　３．昭和　　年　　月　　日
看護師籍	厚生労働省　　第　　号 （　　都道府県）※都道府県からの免許付与者のみ		１．令和　２．平成　３．昭和　　年　　月　　日
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	

<table>
<tr><td></td><td>従事期間等</td><td colspan="2">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</td></tr>
<tr><td rowspan="10">看護師の特定行為研修の修了状況</td><td colspan="2">特定行為研修の修了の有無</td><td>指定研修機関番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">1．有　　2．無</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">修了した特定行為区分</td></tr>
<tr><td colspan="3">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（とう）痛管理関連
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</td></tr>
<tr><td colspan="3">修了した領域別パッケージ研修</td></tr>
<tr><td colspan="3">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</td></tr>
<tr><td>備　考</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

（注意）

1　該当する文字又は数字を○で囲むこと。
2　年齢は、届出年の12月31日現在の満年齢を記載すること。
3　「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。
4　「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。
5　「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。
6　「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。
7　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」に含むものとすること。
8　「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こと。
9　「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こと。

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」にかかわりなく、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、

$$\frac{\text{①８時間×２日}\ \ \text{②６時間×５日}}{\text{40時間}} =$$

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）

①　0.4人

②　0.8人

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。

（歯科技工士法施行規則の一部改正）

第四条　歯科技工士法施行規則（昭和三十年厚生省令第二十三号）の一部を次のように改正する。

様式第三号及び様式第四号を次のように改める。

様式第三号（第五条関係）

歯科技工士業務従事者届

氏名	（旧姓）	性別		年齢	歳
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				
	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。

様式第四号（第七条関係）

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 氏　　名	（旧姓）	性別	男 女	受験番号	※	
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
指定試験機関代表者　殿

氏　名

備　考
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、かい書ではっきりと記入すること。
4　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。
5　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。
6　※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。
7　用紙の大きさは、Ａ４とすること。

（薬剤師法施行規則の一部改正）

第五条　薬剤師法施行規則（昭和三十六年厚生省令第五号）の一部を次のように改正する。

様式第二及び様式第五から様式第九までの様式を次のように改める。

様式第二（第三条関係）

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（ふりがな）、本籍地都道府県名若しくは国籍又は性別

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
氏　　名（ふりがな）　　（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。

様式第五（第六条関係）

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、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。

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。

様式第六（第七条関係）

薬剤師届出票

（令和　年12月31日現在）

(1) 住所	〒 □□□ － □□□□ 都道府県　市郡　区　町村		
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	〒 □□□ － □□□□ 都道府県　市郡　区　町村	

（「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	〒 □□□ － □□□□ 都道府県　市郡　区　町村	

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 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。	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
		11 徳島大学	12 九州大学	13 長崎大学	14 熊本大学	
	公立	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	
	私立・外国薬学校	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

様式第六の二（第七条の六関係）

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、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　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）
氏名
年月日生

薬剤師法（昭和三十五年法律第百四十六号）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。

様式第六の四（第七条の八関係）

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、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　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。

様式第六の五（第七条の九関係）

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、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　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。

様式第七（第十条関係）

薬剤師国家試験願書

収入印紙

受験地＿＿＿＿＿＿＿＿

本　籍(国籍)		
住　　所	電話 （　　）	
氏（ふりがな）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。

様式第九（第十二条関係）

収　入 印　紙

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、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。

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。

（歯科衛生士法施行規則の一部改正）

第六条　歯科衛生士法施行規則（平成元年厚生省令第四十六号）の一部を次のように改正する。

様式第三号、様式第五号及び様式第六号を次のように改める。

ホチキス位置

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 令和 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	

受付印

厚生労働大臣
指定登録機関代表者　殿

※印の欄は記入しないこと。

様式第五号（第九条関係）

歯科衛生士業務従事者届

氏名	（旧姓）	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．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。

様式第六号（第十三条関係）

歯科衛生士国家試験受験願書

収入印紙
（消印しないこと。）

ふりがな 氏　名	（旧姓）	性別	男 女	受験番号	※	
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
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、かい書ではっきりと記入すること。
4　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。
5　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。
6　用紙の大きさは、Ａ４とすること。

附則

（施行期日）
第一条　この省令は、公布の日から施行する。ただし、第一条中医師法施行規則第三号書式の改正規定、第二条中歯科医師法施行規則第三号書式の改正規定、第三条中保健師助産師看護師法施行規則第二号様式の改正規定、第四条中歯科技工士法施行規則様式第四号の改正規定及び第六条中歯科衛生士法施行規則様式第六号の改正規定は、令和九年四月一日から施行する。

（経過措置）
第二条　この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。
２　この省令の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

第二号書式(第六条関係)

医　師　届　出　票

(令和　年12月31日現在)

(1) 住　所	〒 □□□ － □□□□ 都道府県　市郡　区　町村		
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) 医籍登録番号	第　号	(6) 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
01～19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 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 （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 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

従　事　先

「勤務状況」の「勤務日数」は、今年度12月１日～７日の宿直・日直以外の勤務日の合計を選択する。なお、午前のみ、午後のみの勤務の場合は0.5日としてカウントする。「夜間・休日勤務（宿直・日直を含む）の回数」は、通常の勤務又は宿直・日直の別に関わらず、今年度11月１日～30日の休診日や夜間に、院内に待機して診療等の対応を行う勤務の合計を選択する。日直・宿直はそれぞれ１回、宿直と日直を連続して行う場合は２回としてカウントする。なお、オンコールはカウントしない。

(8)主たる従事先　（「名称」「所在地」「勤務状況」「電話」は、(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		代表電話 （　－　－　）
所在地	〒 □□□ － □□□□ 都道府県　市郡　区　町村	
勤務状況 該当する項目を１つ○で囲むこと。	12月１日～７日の勤務日数(日/週)(宿直・日直を除く)	0日 0.5 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0
	11月の夜間・休日勤務（宿直・日直を含む）の回数（回/月）	0回 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10～15未満 15～20未満 20以上
	うち、宿直・日直の回数（回/月）	0回 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10～15未満 15～20未満 20以上

（「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09～17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 産業医業務　5 公衆衛生業務 6 司法行政解剖業務　7 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01～17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		代表電話 （　－　－　）
所在地	〒 □□□ － □□□□ 都道府県　市郡　区　町村	
勤務状況 該当する項目を１つ○で囲むこと。	12月１日～７日の勤務日数(日/週)(宿直・日直を除く)	0日 0.5 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0
	11月の夜間・休日勤務（宿直・日直を含む）の回数（回/月）	0回 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10～15未満 15～20未満 20以上
	うち、宿直・日直の回数（回/月）	0回 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10～15未満 15～20未満 20以上
従たる従事先の件数	件　（今年度12月31日現在で雇用契約等のある全ての従たる従事先。）	

裏面へ続く

(10) 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、「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。	((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	02 呼吸器内科	03 循環器内科
	04 消化器内科(胃腸内科)	05 腎臓内科	06 脳神経内科
	07 糖尿病内科(代謝内科)	08 血液内科	09 皮膚科
	10 アレルギー科	11 リウマチ科	12 感染症内科
	13 小児科	14 精神科	15 心療内科
Ⅱ	16 外科	17 呼吸器外科	18 心臓血管外科
	19 乳腺外科	20 気管食道外科	21 消化器外科(胃腸外科)
	22 泌尿器科	23 肛門外科	24 脳神経外科
	25 整形外科	26 形成外科	27 美容外科
	28 眼科	29 耳鼻いんこう科	30 小児外科
	31 産婦人科	32 産科	33 婦人科
Ⅲ	34 リハビリテーション科	35 放射線科	36 麻酔科
	37 病理診断科	38 臨床検査科	39 救急科
	40 集中治療科		
Ⅳ	41 臨床研修医	42 全科	
Ⅴ	43 その他（　　）		

主たる診療科名の番号(１つ)

(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	02 小児科専門医	03 皮膚科専門医
	04 精神科専門医	05 外科専門医	06 整形外科専門医
	07 産婦人科専門医	08 眼科専門医	09 耳鼻咽喉科専門医
	10 泌尿器科専門医	11 脳神経外科専門医	12 放射線科専門医
	13 麻酔科専門医	14 病理専門医	15 救急科専門医
	16 形成外科専門医	17 リハビリテーション科専門医	18 臨床検査専門医
	19 総合診療専門医		
	20 総合内科専門医	21 呼吸器専門医	22 循環器専門医
	23 消化器病専門医	24 腎臓専門医	25 肝臓専門医
	26 神経内科専門医	27 糖尿病専門医	28 内分泌代謝科専門医
	29 血液専門医	30 アレルギー専門医	31 リウマチ専門医
	32 感染症専門医	33 心療内科専門医	
	34 呼吸器外科専門医	35 心臓血管外科専門医	36 乳腺専門医
	37 気管食道科専門医	38 消化器外科専門医	39 小児外科専門医
	40 超音波専門医	41 細胞診専門医	42 透析専門医
	43 老年病専門医	44 消化器内視鏡専門医	45 臨床遺伝専門医
	46 漢方専門医	47 レーザー専門医	48 気管支鏡専門医
	49 核医学専門医	50 大腸肛門病専門医	51 婦人科腫瘍専門医
	52 ペインクリニック専門医	53 熱傷専門医	54 脳血管内治療専門医
	55 がん薬物療法専門医	56 周産期(新生児)専門医	57 生殖医療専門医
	58 小児神経専門医	59 一般病院連携精神医学専門医	
Ⅱ	60 麻酔科標榜医	Ⅲ 61 社会医学系専門医	Ⅳ 62 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 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	02 旭川医科大学	03 弘前大学	04 東北大学
		05 秋田大学	06 山形大学	07 筑波大学	08 群馬大学
		09 千葉大学	10 東京大学	11 東京科学大学	12 新潟大学
		13 富山大学	14 金沢大学	15 福井大学	16 山梨大学
		17 信州大学	18 岐阜大学	19 浜松医科大学	20 名古屋大学
		21 三重大学	22 滋賀医科大学	23 京都大学	24 大阪大学
		25 神戸大学	26 鳥取大学	27 島根大学	28 岡山大学
		29 広島大学	30 山口大学	31 徳島大学	32 香川大学
		33 愛媛大学	34 高知大学	35 九州大学	36 佐賀大学
		37 長崎大学	38 熊本大学	39 大分大学	40 宮崎大学
		41 鹿児島大学	42 琉球大学		
	公立	43 札幌医科大学	44 福島県立医科大学	45 横浜市立大学	46 名古屋市立大学
		47 京都府立医科大学	48 大阪公立大学	49 奈良県立医科大学	50 和歌山県立医科大学
	私立・大学校・外国医学校・その他	51 岩手医科大学	52 東北医科薬科大学	53 自治医科大学	54 獨協医科大学
		55 埼玉医科大学	56 国際医療福祉大学	57 杏林大学	58 慶應義塾大学
		59 順天堂大学	60 昭和医科大学	61 帝京大学	62 東京医科大学
		63 東京慈恵会医科大学	64 東京女子医科大学	65 東邦大学	66 日本大学
		67 日本医科大学	68 北里大学	69 聖マリアンナ医科大学	70 東海大学
		71 金沢医科大学	72 愛知医科大学	73 藤田医科大学	74 大阪医科薬科大学
		75 関西医科大学	76 近畿大学	77 兵庫医科大学	78 川崎医科大学
		79 久留米大学	80 福岡大学	81 産業医科大学	82 防衛医科大学校
		83 外国の医学校	84 その他		

医学課程を修めた外国の医学校のある国 医学校のある国の番号を１つ○で囲むこと。	((14)欄の83を○で囲んだ者のみが記入すること。) 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 従事要件が終了している場合を含め、該当する場合記入すること。※自治医科大学出身者は要記入、防衛医科大学校及び産業医科大学は記入不要。	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○を付けること。
	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○を付けること。	同意しない場合	
(19) 備考			

提出期限　翌年１月15日

第二号の二書式（第十条の二関係）

※ 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）　1　※印欄には、記入しないこと。
2　該当する不動文字を〇で囲むこと。
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

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 月 日	大正 昭和 平成 令和 西暦	年 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。

第二号の四書式（第十条の四関係）

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収	入 印 紙 (消印しないこと。)	欄

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）
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。

第三号書式（第十三条、第十五条関係）

収　　入 印　　紙

医師国家試験（医師国家試験予備試験）願書

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〇で囲むこと。
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。

第二号書式(第六条関係)

歯科医師届出票

(令和　年12月31日現在)

(1) 住所	〒 □□□ － □□□□ 都府道県　市郡　区　町村		
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。	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 主たる診療科名の番号(１つ)	
(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。	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	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
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。）	公立	12 九州歯科大学
大学の再編・統合・改称により、歯科医師免許取得の際に歯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。	私立・外国歯学校	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 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

第二号の二書式（第十条の二関係）

※ 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）　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

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 ―― 月 ―― 日		大正 昭和 平成 令和 西暦 ―― 年 ―― 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。

第二号の四書式（第十条の四関係）

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収	入 印 紙 (消印しないこと。)	欄

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）
1 ※印欄には、記入しないこと。
2 該当する不動文字を〇で囲むこと。
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。

第三号書式（第十三条、第十五条関係）

収　入 印　紙

歯科医師国家試験（歯科医師国家試験予備試験）願書

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。

第一号の四書式（第十三条関係）

※ 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

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

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	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。

第一号の五書式（第十三条関係）

※ 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	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		

生年月日	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。

第一号の六書式（第十三条関係）

※ 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

看護師籍登録番号	第								号	看護師籍登録年月日	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	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	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。

第一号の七書式（第十四条関係）

※ 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

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 平成 令和 西暦 年 月 日		昭和 平成 令和 西暦 年 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	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。

第一号の八書式（第十四条関係）

※ 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 平成 令和 西暦　年　月　日		昭和 平成 令和 西暦　年　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	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。

第一号の九書式（第十四条関係）

※ 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 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	昭和 平成 令和 西暦 年 月 日		昭和 平成 令和 西暦 年 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	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。

第一号の十書式（第十五条関係）

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収	入 印 紙 (消印しないこと。)	欄

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）　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。

第一号の十一書式（第十五条関係）

※ 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）　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。

第一号の十二書式（第十五条関係）

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収	入 印 紙 (消印しないこと。)	欄

再教育研修修了登録証再交付申請書

看護師籍登録番号	第　　号	看護師籍登録年月日	大正 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）　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。

第二号様式（第二十四条、第二十五条、第二十六条、附則第七項、附則第八項関係）

保健師（助産師、看護師）国家試験願書

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 （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		

<table>
<tr><td></td><td>従事期間等</td><td colspan="2">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</td></tr>
<tr><td rowspan="10">看護師の
特定行為
研修の
修了状況</td><td colspan="2">特定行為研修の修了の有無</td><td>指定研修機関番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">1．有　　2．無</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">修了した特定行為区分</td></tr>
<tr><td colspan="2">1 呼吸器（気道確保に係るもの）関連
3 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連
5 心嚢（のう）ドレーン管理関連
7 腹腔ドレーン管理関連
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
11 創傷管理関連
13 動脈血液ガス分析関連
15 栄養及び水分管理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
19 循環動態に係る薬剤投与関連
21 皮膚損傷に係る薬剤投与関連</td><td>2 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連
4 循環器関連
6 胸腔ドレーン管理関連
8 ろう孔管理関連
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
12 創部ドレーン管理関連
14 透析管理関連
16 感染に係る薬剤投与関連
18 術後疼（とう）痛管理関連
20 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連</td></tr>
<tr><td colspan="3">修了した領域別パッケージ研修</td></tr>
<tr><td colspan="2">1 在宅・慢性期領域
3 術中麻酔管理領域
5 外科系基本領域</td><td>2 外科術後病棟管理領域
4 救急領域
6 集中治療領域</td></tr>
<tr><td>備　考</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

（注意）

1　該当する文字又は数字を○で囲むこと。

2　年齢は、届出年の12月31日現在の満年齢を記載すること。

3　「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。

4　「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。

5　「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。

6　「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。

7　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」に含むものとすること。

8　「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こと。

9　「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こと。

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」にかかわりなく、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）

$$\frac{\text{①８時間×２日}\ \ \text{②６時間×５日}}{\text{40時間}} =$$

①　0.4人

②　0.8人

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。

様式第三号（第五条関係）

歯 科 技 工 士 業 務 従 事 者 届

<table>
<tr><td rowspan="2">氏 名</td><td></td><td rowspan="2">性 別</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">年 齢</td><td rowspan="2">歳</td></tr>
<tr><td>（旧姓）</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">歯科技工士名簿登録</td><td>番　　号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>年　月　日</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">業務に従事する場所</td><td colspan="5">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
5 その他</td></tr>
<tr><td>所　在　地</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>名　　称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>備　　考</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

（注意）　1．該当する数字を〇で囲むこと。
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。

様式第四号（第七条関係）

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 氏　　名	（旧姓）			性別	男 女	受験番号	※
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
指定試験機関代表者　殿

氏　名

備　考
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、かい書ではっきりと記入すること。
4　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。
5　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。
6　※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。
7　用紙の大きさは、Ａ４とすること。

様式第二（第三条関係）

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（ふりがな）、本籍地都道府県名若しくは国籍又は性別

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。

様式第五（第六条関係）

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、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。

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。

様式第六(第七条関係)

薬剤師届出票

(令和 年12月31日現在)

(1) 住所	〒 □□□ － □□□□ 都道府県　市郡　区　町村		
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)	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)
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)	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	〒 □□□ － □□□□ 都道府県　市郡　区　町村	

(「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	〒 □□□ － □□□□ 都道府県　市郡　区　町村	

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 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。	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
		11 徳島大学	12 九州大学	13 長崎大学	14 熊本大学	
	公立	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	
	私立・外国薬学校	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**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

様式第六の二（第七条の六関係）

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、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　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）

氏名

年　月　日生

薬剤師法（昭和三十五年法律第百四十六号）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。

様式第六の四（第七条の八関係）

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、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　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。

様式第六の五（第七条の九関係）

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、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　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。

様式第七（第十条関係）

薬　剤　師　国　家　試　験　願　書

収　入 印　紙

受験地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本　籍(国籍)		
住　　所	電 話 （　　）	
氏（ふりがな）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。

様式第九（第十二条関係）

収　入 印　紙

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、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。

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。

ホチキス位置

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 令和 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	

受付印

厚生労働大臣
指定登録機関代表者　殿

※印の欄は記入しないこと。

様式第五号（第九条関係）

歯科衛生士業務従事者届

氏名	（旧姓）	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〇で囲むこと。

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。

様式第六号（第十三条関係）

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 氏　　名	（旧姓）			性別	男 女	受験番号	※
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
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、かい書ではっきりと記入すること。
4　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。
5　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。
6　用紙の大きさは、Ａ４とすること。