様式第5号(歯科衛生士法施行規則第9条関係)

# 歯科衛生士業務従事者届

令和8年12月31日現在

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 氏　　名 | (旧姓) | | 性別 | M・W | 年齢 | | | 歳 |
| 住　　所 | | | | | | | | |
| 歯科衛生士名簿登録 | 番号(右づめで記入) | | | | | | | 号 |
| | 登録年月日 | 元号 | S・H・R | | 年 | | 月 | | 日 |
| 業務に従事する場所 | 1 | 保健所 | | | | | | |
| | 2 | 都道府県(1. 保健所以外) | | | | | | |
| | 3 | 市町村(1. 保健所以外) | | | | | | |
| | 4 | 病院 | | | | | | |
| | 5 | 診療所 | | | | | | |
| | 6 | 介護保健施設等(介護老人保健施設) | | | | | | |
| | 7 | 介護保健施設等(介護医療院) | | | | | | |
| | 8 | 介護保健施設等(指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)) | | | | | | |
| | 9 | 介護保健施設等(居宅介護支援事業所) | | | | | | |
| | 10 | 介護保健施設等(その他) | | | | | | |
| | 11 | 歯科衛生士学校又は養成所 | | | | | | |
| | 12 | 事業所 | | | | | | |
| | 13 | その他 | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | | |
| 備考 | (注3) | | | | | | | |

この欄のコードは記入しないこと

(注)　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1つについて記載すること。

3　**改正法附則第2条に規定する厚生大臣の告示する日(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。**

4　令和9年1月15日(金)までに各保健所へ提出して下さい。

様式第5号(歯科衛生士法施行規則第9条関係)

# 歯科衛生士業務従事者届(記入例)

令和8年12月31日現在

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 氏　　名 | 情報　太郎<br>(旧姓) | | | 性別 | Ⓜ・W | 年齢 | 5 | 0 | 歳 | | | | |
| 住　　所 | 長崎市尾上町3－1 | | | | | | | | | | | | |
| 歯科衛生士名簿登録 | 番号(右づめで記入) | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 号 | |
| | 登録年月日 | 元号 | Ⓢ H・R | 5 | 7 | 年 | 0 | 1 | 月 | 0 | 1 | 日 | |
| 業務に従事する場所 | 1 | 保健所 | | | | | | | | | | | |
| | 2 | 都道府県(1.保健所以外) | | | | | | | | | | | |
| | 3 | 市町村(1.保健所以外) | | | | | | | | | | | |
| | 4 | 病院 | | | | | | | | | | | |
| | Ⓒ5 | 診療所 | | | | | | | | | | | |
| | 6 | 介護保健施設等(介護老人保健施設) | | | | | | | | | | | |
| | 7 | 介護保健施設等(介護医療院) | | | | | | | | | | | |
| | 8 | 介護保健施設等(指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)) | | | | | | | | | | | |
| | 9 | 介護保健施設等(居宅介護支援事業所) | | | | | | | | | | | |
| | 10 | 介護保健施設等(その他) | | | | | | | | | | | |
| | 11 | 歯科衛生士学校又は養成所 | | | | | | | | | | | |
| | 12 | 事業所 | | | | | | | | | | | |
| | 13 | その他 | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 佐世保市○○町2－13 | | | | | | | | | | | |
| | 名称 | ○○歯科診療所 | | | | | | | | | | | |
| 備考 | **(注3)　○○県** | | | | | | | | | | | | |

この欄のコードは記入しないこと

(注)　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1つについて記載すること。

3　**改正法附則第2条に規定する厚生大臣の告示する日(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。**

4　令和9年1月15日(金)までに各保健所へ提出して下さい。