歯科衛生士業務従事者届

（**令和８年１２月３１日現在**の状況を記入してください。）

衛

東京都

ふりがな		性別	年齢
氏名		**1** 男　**2** 女	歳
	(旧姓)		
住所	都・県　　区・市・町・村		

Ⅰ　歯科衛生士免許

Ⅰ-1 免許権者	お持ちの歯科衛生士免許について、該当する番号を**１つ選び**、○で囲んでください。 また、**「２　知事」を選択した場合、（　　）内に都道府県名を記入してください。** **1**　厚生(労働)大臣　　**2**　知事(　　都・道・府・県)
Ⅰ-2 登録番号	第　　号
Ⅰ-3 登録年月日	令和・平成・昭和　　年　　月　　日

※　別紙「免許登録番号及び登録年月日《記入上の注意》」を参照し、誤りのないように記入してください。

Ⅱ　従事場所

(1)歯科衛生士として、**最も長時間従事している場所**(名称、所在地及び連絡先)を記入してください。

名称	電話（　　）
所在地	東京都　　区・市・町・村

(2)(1)で記入した従事場所について、該当する番号を**１つ選び**、○で囲んでください。

項目		番号
保健所		**1ｱ**
区市町村職員(保健所を除く。)		**1ｲ**
東京都職員（保健所を除く。）		**1ｳ**
病院		**2**
診療所		**3**
介護保険施設等	介護老人保健施設	**4ｱ**
	介護医療院	**4ｲ**
	指定介護老人福祉施設 （特別養護老人ホーム）	**4ｳ**
	居宅介護支援事業所	**4Ⅰ**
	その他	**4ｵ**
事業所		**5**
歯科衛生士学校又は養成所		**6**
その他		**7**

備考

令和９年１月１５日（金曜日）までに、就業地を管轄する保健所に提出してください！

※本紙は紙届出用の様式です。オンラインによる届出の場合は都ホームページ等に掲載の様式を利用してください。