歯科技工士業務従事者届

技

（**令和８年１２月３１日現在**の状況を記入してください。）

東 京 都

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

Ⅰ　歯科技工士免許

Ⅰ-1 免許権者	お持ちの歯科技工士免許について、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)歯科技工士として、**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。

※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。

※歯科技工所（１）を選択した方は歯科技工所番号を記載してください。

項目	番号	歯科技工所番号
歯科技工所	1	
病院又は診療所	2	
歯科技工士学校又は養成所	3	
事業所	4	
その他	5	

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。