

〈裏面〉※この面は裏面です。表面から先にご記入ください。

① 性別  女  男

② 年齢  25歳未満  25～29歳  30～34歳  35～39歳  40～44歳  45～49歳  50～54歳  55～59歳  
 60～64歳  65～69歳  70～74歳  75～79歳  80～84歳  85歳以上

③ 種別  1厚生労働大臣免許  2都道府県知事免許  都道府県  
2の場合は登録都道府県名を記入

④ 業務従事場所  1保健所  2都道府県  3市区町村  
 4病院  5診療所  
 6介護老人保健施設  7介護医療院  8指定介護老人福祉施設  9居宅介護支援事業所  10その他介護施設  
 11歯科衛生士学校等  12事業所  13その他

⑤ 形態  常勤  パート  その他

⑥ 離職・転職  ない  ある 回数  回 「ある」人は、一番の理由を1つ選択  
 1仕事  2待遇  3人間関係  4勤務時間  5結婚等  6家庭  7健康  8転職  9その他

⑦ 勤務年数  1年未満  1～3年未満  3～5年未満  5～10年未満  10～15年未満  
 15～20年未満  20年以上

⑧ 勤務継続の要件 2つまで選択  1仕事内容  2待遇  3人間関係  4時間や場所

⑨ 勤務市区町村 名古屋市中古屋市  
 千種  東  北  西  中村  中  昭和  瑞穂  熱田  
 中川  港  南  守山  緑  名東  天白  
 豊橋  豊田  岡崎  一宮  稲沢  瀬戸  尾張旭  豊明  日進  
 長久手  東郷  春日井  小牧  犬山  江南  岩倉  大口  扶桑  
 清須  北名古屋  豊山  津島  愛西  弥富  あま  大治  蟹江  
 飛鳥  半田  阿久比  東浦  南知多  美浜  武豊  常滑  東海  
 大府  知多  碧南  刈谷  安城  知立  高浜  みよし  西尾  
 幸田  新城  設楽  東栄  豊根  豊川  蒲郡  田原

郵便はがき

郵送の場合  
は62円切手  
を貼って  
ください

□□□□□□□□

歯科衛生士法第6条第3項の規定による

歯科衛生士業務従事者届 (平成30年)

ふりがな氏名				性別	男・女	年齢	歳
住所							
歯科衛生士名簿登録	番号				都道府県知事免許 (平成3年6月30日以前に取得)		
	年月日	<small>S</small>	年	月	日	〔 〕 都道府県	
業務に従事する場所 (主たるものを1つ選択)	1.保健所 2.都道府県(1を除く) 3.市区町村(1を除く) 4.病院 5.診療所 6.介護老人保健施設 7.介護医療院 8.指定介護老人福祉施設 9.居宅介護支援事業所 10.その他介護施設 11.歯科衛生士学校又は養成所 12.事業所 13.その他						
	住所	愛知県					
	名称	Tel ( ) -					

※上の枠内をご記入後、裏面のマークシート回答にご協力ください。