

## 歯科衛生士業務従事者届

【沖縄県】

（令和2年12月31日現在）

ふりがな									
氏名			性別	1 男 2 女	年齢			歳	
住所	〒 -								
歯科衛生士 名簿登録	番号	第					号		
	年月日	1 昭和 2 平成 3 令和	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	〒 - TEL (            ) -							
	名称								
備考									

- （注意）
1. 該当する**数字（業務に従事する場所が1又は4の場合はカタカナ）**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. 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3年1月15日**までに、**就業地**を管轄する保健所へ提出すること。
  5. その他、別紙の記載要領を参照すること。