

収 入 印 紙 欄
(収入印紙は消印しないで下さい)

醫師 免許 申請 書

受験地コード ○○

平成令和	8年	2月施行	第120	回医師国家試験合格	受験地	東京都	受験番号	00000
------	----	------	------	-----------	-----	-----	------	-------

1～5の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。

1. 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日)

有・無

2. 医事に~~関~~し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)

有・無

3. 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)

有・無 千葉県 労働 太郎

4. 旧姓併記の希望の有無。

有・無

5. 過去に医師免許を有していたことの有無。(有の場合、登録番号)

有・無

上記により、医師免許を申請します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

[illegible]

住所 〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2

電 話	03 (5253) 1111
-----	------------------

ふりがな	(氏) こうせい	(名) たろう	性 別		男
氏 名	厚生	太郎			女
	(旧姓) 労働	太郎	通称名		

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県コード	

醫師免許申請書

[illegible]

収 入 印 紙 欄
(収入印紙は消印しないで下さい)

齒科醫師免許申請書

受験地コード ○ ○

平成令和	8年	1月施行	第119	回歯科医師国家試験合格	受験地	東京都	受験番号	00000
------	----	------	------	-------------	-----	-----	------	-------

1. 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日)

有・無

2. 医事に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)

有・無

3. 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)

有・無 千葉県 労働 太郎

4. 旧姓併記の希望の有無。

有・無

5. 過去に歯科医師免許を有していたことの有無。(有の場合、登録番号)

有・無

上記により、歯科医師免許を申請します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

本 (国籍)	東京	都府県	生 年 月 日	昭和・令和 平成西暦	○	○	年	○	○	月	○	○	日
-----------	----	-----	------------------	---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

住 所	〒100-8916 東京 都 府 道 県 千代田区霞が関1-2-2	
電 話	03 (5253) 1111	

ふりがな	(氏) こうせい	(名) たろう	性 別		男
氏 名	厚生	太郎			女
	(旧姓) 労働	太郎	通称名		

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県 コード	

齒科医師免許申請書

[illegible]

厚生労働省記入欄	登録番号	
	登録年月日	

収入印紙欄 (収入印紙は消印しないで下さい)

保健師 免許申請書

受験地コード	〇	〇			
受験番号	〇	〇	〇	〇	〇

平成令和	8	年	2	月施行	第	1	1	2	回保健師国家試験合格	受験地	東京都
------	---	---	---	-----	---	---	---	---	------------	-----	-----

該当者のみ
記入すること

旧規則	免状下付年月日	昭和 平成	年	月	日	免状下付都道府県	都道府県	免状下付番号	第	号
米国民政府布令	免許交付年月日	昭和 平成	年	月	日	米国民政府布令36・162号		免許交付番号	第	号

1～6の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。

1. 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日)
有・無
2. 保健師の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)
有・無
3. 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)
有・無 千葉県 労働 花子
4. 看護師国家試験合格の有無。(有の場合、看護師籍の登録番号又は看護師国家試験合格の年月等)
有・無 第000000号 / 昭和 平成 8年 2月施行第 115 回看護師国家試験合格 受験地 〇〇 受験番号 〇〇〇
5. 旧姓併記の希望の有無。
有・無
6. 過去に保健師免許を有していたことの有無。(有の場合、登録番号)
有・無

上記により、保健師免許を申請します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

本籍(国籍)	東京 都道府県	生年月日	昭和・令和 平成 西暦	〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日
住所	〒100-8916 東京 都道府県 千代田区霞が関1-2-2			
電話	03 (5253) 1111			
ふりがな	(氏) こうせい	(名) はなこ	性別	男 女
氏名	厚生	花子	通称名	
	(旧姓) 労働	花子		

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県コード	

保健師免許申請書

氏名	(氏) 厚生	(名) 花子	個人番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
----	--------	--------	------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

厚生労働省記入欄	登録番号	
	登録年月日	

収入印紙欄 (収入印紙は消印しないで下さい)

助産師免許申請書

受験地コード	〇	〇							
受験番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇

平成令和	8	年	2	月施行	第	1	〇	9	回助産師国家試験合格	受験地	東京都
------	---	---	---	-----	---	---	---	---	------------	-----	-----

該当者のみ記入すること

旧規則	免状下付年月日	昭和平成	年	月	日	免状下付都道府県	都道府県	免状下付番号	第	号
米国民政府布令	免許交付年月日	昭和平成	年	月	日	米国民政府布令36・162号		免許交付番号	第	号

1～6の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。

1. 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日)

有・無

2. 助産師の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)

有・無

3. 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)

有・無

千葉県 労働 花子

4. 看護師国家試験合格の有無。(有の場合、看護師籍の登録番号又は看護師国家試験合格の年月等)

有・無

第 〇〇〇〇〇〇 号 / 昭和平成令和 8年 2 月施行第 115 回看護師国家試験合格 受験地 〇〇 受験番号 〇〇〇

5. 旧姓併記の希望の有無。

有・無

6. 過去に助産師免許を有していたことの有無。(有の場合、登録番号)

有・無

上記により、助産師免許を申請します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

本籍(国籍)	東京 都道府県	生年月日	昭和・令和平成西暦	〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日
--------	---------	------	-----------	-------------------

住所	〒 100-8916 東京 都道府県 千代田区霞が関1-2-2
----	---------------------------------

電話	03 (5253) 1111
----	------------------

ふりがな	(氏) こうせい	(名) はなこ	性別	男	女
氏名	厚生	花子	通称名		
	(旧姓) 労働	花子			

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県コード	

助産師免許申請書

氏名	(氏) 厚生	(名) 花子	個人番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
----	--------	--------	------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

収 入 印 紙 欄
(収入印紙は消印しないで下さい)

看護師 免許申請書

看護師 免許申請書							受験地コード				〇	〇		
平成 令和	8	年	2	月施行	第 1 1 5	回看護師国家試験合格	受験地	東京都	受験番号	〇	〇	〇	〇	〇

該当者のみ
記入すること

旧 規 則	免状下付 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	免状下付 都道府県	都道 府県	免状下付 番 号	第 号
米国民政府布令	免許交付 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	米国民政府布令36・162号		免許交付 番 号	第 号

1～5の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。

1. 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日)
有・無
2. 看護師の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)
有・無
3. 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)
有・無 千葉県 労働 花子
4. 旧姓併記の希望の有無。
有・無
5. 過去に看護師免許を有していたことの有無。(有の場合、登録番号)
有・無

上記により、看護師免許を申請します。

令和〇〇年〇月〇日

本 （国籍）	東京	都府県	生年日	昭和・令和 <u>平成</u> ・西暦		○	○	年	○	○	月	○	○	日
-----------	----	-----	-----	------------------------	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---

住所 〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2

電話	03 (5253) 1111
----	------------------

ふりがな	(氏) こうせい	(名) はなこ	性 別		男	女
氏 名	厚生	花子				
	(旧姓) 労働	花子	通称名			

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県コード	

看護師免許申請書

[illegible]