ホチキス位置

第一号書式（第一条の三関係）

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）

医　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	○	○	○	○	○

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

本籍（国籍等）	東京　(都)道府県	生年月日	昭和・令和 (平成)・西暦	○○年	○○月	○○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）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	

医師免許申請書

氏名	（氏）厚生	（名）太郎	個人番号	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

ホチキス位置

第一号書式（第一条の三関係）

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）

歯科医師免許申請書

受験地コード	○	○

平成・令和	8	年	1	月施行	第	1	1	9	回歯科医師国家試験合格	受験地	東京都	受験番号	○	○	○	○	○

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．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

本籍（国籍等）	東京 (都)道府県	生年月日	昭和・令和 (平成)・西暦	○○年	○○月	○○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）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	

歯科医師免許申請書

氏名	（氏）厚生	（名）太郎	個人番号	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

ホチキス位置

第一号様式（第一条の三、附則第六項関係）

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	○	○

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	受験番号	○	○	○	○	○

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○○○○○○○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 ○○　受験番号 ○○○

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 ○ 年 ○ 月 ○ 日

本籍（国籍等）	東京	(都)道府県	生年月日	昭和・令和・平成・西暦	○	○	年	○	○	月	○	○	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	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

ホチキス位置

第一号の二様式（第一条の三、附則第六項関係）

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 ○○

平成 令和	8年	2月施行	第109回助産師国家試験合格	受験地	東京都	受験番号 ○○○○○

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 ○○○○○○ 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 ○○　受験番号 ○○○

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 ○ 年 ○ 月 ○ 日

本籍（国籍等）	東京 (都) 道 府 県	生年月日	昭和・令和 平成・西暦 ○○年○○月○○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 ○○○○○○○○○○○○

ホチキス位置

第一号の三様式（第一条の三、附則第六項関係）

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）

看護師　免許申請書

受験地コード	○	○

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	○	○	○	○	○

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　○　年　○　月　○　日

本籍（国籍等）	東京　都道府県	生年月日	昭和・令和 平成・西暦	○	○	年	○	○	月	○	○	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	

看護師免許申請書

氏名	（氏）厚生	（名）花子	個人番号	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

ホチキス位置

厚生労働省記入欄	登録番号	
	登録年月日	

収（収

申請時に置き換え希望文字がある場合（記載例）

第一号書式（第一条の三関係）

医　師　免許申請書

受験地コード	○	○

平成・令和	8	年	2	月施行	第	1	2	0	回医師国家試験合格	受験地	東京都	受験番号	○	○	○	○	○

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．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

本籍（国籍等）	東京　(都)道府県	生年月日	昭和・令和 (平成) 西暦	○○年	○○月	○○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）ひろい	（名）たろう	性別	(男)
氏名	廣井	太郎		女
	（旧姓）労働	太郎	通称名	

厚生労働大臣　殿

廣

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	

医師免許申請書

氏名	（氏）厚生	（名）太郎	個人番号	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○