

国家試験受験資格認定願

氏名	㊟		
生年月日	年 月 日	性別	男・女
国(本)籍	※日本国籍を有する者は、本籍地の都道府県を記載		
卒業学校名 及び その在学期間	(年 月 ~ 年 月)		
外国の免許 資格の有無	〔 有 (年 月取得) ・ 無 〕		
現住所	〒 TEL		
郵便物送付先 (国内連絡先)	〒 TEL (続柄)		
申請理由 (目的)			

医師国家試験を受験するため、別添のとおり関係書類を添えて資格認定を申請する。

年 月 日

厚生労働大臣 殿