

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)

ホチキス位置

第一号様式(第一条の三、附則第六項関係)

保健師免許申請書

平成令和	年	月施行第	回保健師国家試験合格	受験地	受験番号	受験地コード
------	---	------	------------	-----	------	--------

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

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 年 月施行第 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。

年 月 日

本籍 (国籍)	都道府県
------------	------

住所	〒 都道府県
電話	()

ふりがな	(氏)	(名)
氏名		
	(旧姓)	
通称名		

性別	男
	女

生年月日	昭和 平成 西暦	年	月	日
------	----------------	---	---	---

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	