

ホチキス位置

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)

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	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	目 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

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。

- 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 _____
- 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 _____
- 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 _____
- 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 _____ 年 _____ 月 _____ 日 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	
生 年 月 日	昭和 平成 西 暦
	年 月 日

性 別	男
	女

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	