

|          |       |  |
|----------|-------|--|
| 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<br>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<br>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 年 月施行第 回看護師国家試験合格 受験地 受験番号  
令和

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<br>(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<br>平成<br>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<br>コード |         |