第一号の三様式（第一条の三、附則第六項関係）

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）

# 看護師　免許申請書

| 受験地コード | |
|---|---|

| 平成<br>令和 | 年 | 月施行 | 第 | 回看護師国家試験合格 | 受験地 | | 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<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 |

1～5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**

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。**

＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

| 本籍（国籍） | 都道府県 | 生年月日 | 昭和・令和<br>平成・西暦　年　月　日 |
|---|---|---|---|

| 住所 | 〒　都道府県 |
|---|---|
| 電話 | （　　） |

| ふりがな | （氏） | （名） | 性別 | 男 | 女 |
|---|---|---|---|---|---|
| 氏名 | | | | | |
| | （旧姓） | | 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 | |

---

看護師免許申請書

| 氏名 | （氏） | （名） | 個人番号 | |
|---|---|---|---|---|