

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

受験地コード

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

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 年 月 施行第 回看護師国家試験合格 受験地 受験番号
平成 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
(国籍等)

都道府県

生年
月

日

昭和・令和
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

保健師免許申請書

氏名

(氏)

(名)

個人番号