

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)

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

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

1～5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. 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

5. 旧姓併記の有無。

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)	印
氏名			
	(旧姓)		
通称名			

性別	男
	女

生年月日	昭和 平成 西 成 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	

第一号の二様式を次のように改める。



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)

助産師 免許申請書

平成	年	月	施行	第	回	助産師国家試験合格	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

1～5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. 助産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

5. 旧姓併記の希望の有無。

有・無

上記により、助産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)	印
氏名			
	(旧姓)		
通称名			

性別	男
	女

生年月日	昭和 西暦	平成	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	

第一号の三様式を次のように改める。



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

平成	年	月	施行第	回	看護師国家試験合格	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

1～4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 _____
- 旧姓併記の希望の有無。
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
------------	------

住所	〒	都道府県
電話	()	

ふりがな	(氏)	(名)	印
氏名			
	(旧姓)		
通称名			

性別	男
	女

生年月日	昭 平 西	和 成 暦	年	月	日
------	-------------	-------------	---	---	---

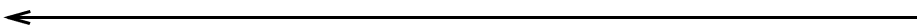
厚生労働大臣 殿

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	

(歯科技工士法施行規則の一部改正)

第五条 歯科技工士法施行規則(昭和三十年厚生省令第二十三号)の一部を次のように改正する。

様式第一号を次のように改める。



記入不要	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ください)		
----------------------------	--	--

歯科技工士免許申請書

受験地コード

平成	年	月	施行	歯科技工士国家試験合格	受験地		受験番号	
----	---	---	----	-------------	-----	--	------	--

次の有無について必ず該当するどちらかを で囲むこと。

1 歯科医療又は歯科技工士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

2 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

3 旧姓併記の希望の有無。

有・無

上記により歯科技工士免許を申請します。

年 月 日

本籍地コード	
本籍 (国籍)	都道府県



電話番号	()
住所	〒 都道府県

ふりがな	(氏)	(名)	印
氏名			
	(旧姓)		
通称名			

性別	男
	女

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

受付印

厚生労働大臣

指定登録機関代表者 殿

受付印

様式第一号の二を次のように改める。

