

- 受験地コード
- 01 : 北海道
 - 02 : 青森県
 - 03 : 宮城県
 - 04 : 東京都
 - 05 : 新潟県
 - 06 : 愛知県
 - 07 : 石川県
 - 08 : 大阪府
 - 09 : 広島県
 - 10 : 香川県
 - 11 : 福岡県
 - 12 : 熊本県
 - 13 : 沖縄県

厚生労働省	登録番号	国印紙 9,000円分		印紙欄 (消印しないで下さい)	
保健師 免許申請書				受験地コード	〇〇
平成 令和	7	年	2	月施行	第 111 回保健師国家試験合格
			受験地	〇〇県	受験番号 01234

※合格してから1年以上経過している場合、別途申述書(任意様式)が必要です

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	免状交付年月日	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
- 罰金以上の刑に処せられた有無。
有・無 無 ※有の場合 判決謄本又は略式命令書、(罰金刑なら)領収証書、略歴書(任意様式)、反省文(任意様式)の添付必要 ※交通違反の反則金(青キップ)は「無」
 - 保健師の業務に関し犯罪又は不正行為を行ったことの有無。(犯罪科目、違反科目又はその科目)
 - 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 有 東京都 東京 太郎
 - 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 有 第 号 / 昭和
平成 7 年 2 月施行第 114 回看護師国家試験合格 受験地 〇〇県 受験番号 9876
令和 など
 - 旧姓併記の希望の有無。
有・無 無
 - 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 無

上記により、保健師免許を申請します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

和暦で記入してください

〒 710-0834 都道府県 岡山府 倉敷市笹沖 170 コーポ笹沖 101

電話 090 (1234) 5678

ふりがな	(氏) くらしき (名) たらう	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
氏名	倉敷 太郎		
通称名			

住民票や戸籍抄本(謄本)に記載されている文字で記入してください

生年月日 昭和
平成 令和
西暦 7 年 4 月 15 日

厚生労働大臣 厚生労働省の 都道府県の受付印 保健所の受付印

日本国籍の方は、和暦で記入してください
外国籍の方は、西暦で記入してください