

- 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	登録番号	国印紙 60,000 円分	印 紙 欄 は消印しないで下さい
------	------	------------------------------	---------------------

※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

医 師 免 許 申 請 書

平成 令和	7	年	2	月	施行	第	119	回	医師	国家	試験	合格	受験地	〇〇	県	受験番号	01234
----------	---	---	---	---	----	---	-----	---	----	----	----	----	-----	----	---	------	-------

など

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。（右の場合、その罪、刑及び執行の確定年月日）
有・**無**
2. 医事に関する省文（任意様式）が必要 ※交通違反の反則金（青キップ）は「無」
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 東京都 東京 花子
4. 旧姓併記の希望の有無。
有・**無** ※有の場合 戸籍抄本（謄本）の添付必要
5. 過去に医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、医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

〒	〇〇	都 道	府 県		
〒	710-0834	都 道	府 県		
電 話	〇九〇	(1234)	5678
ふりがな	(氏) くらしき	(名) はなこ			
氏 名	倉 敷	花 子			
通 称 名	(旧姓)				
性 別	男	女			

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	7	年	4	月	1	5	日
	西 暦								

厚生労働大臣

厚生労働省の	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		