（歯科医師法施行規則の一部改正）

第三条　歯科医師法施行規則（昭和二十三年厚生省令第四十八号）の一部を次のように改正する。

第一号書式を次のように改める。

第一号書式（第一条の三関係）

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）

歯科医師免許申請書

受験地コード			
平成 令和	年	月施行	第	回歯科医師国家試験合格	受験地		受験番号	
---	---	---	---	---	---	---	---	---

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．医事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．過去に歯科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、歯科医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 平成・西暦	年	月	日

住所	〒　都道府県
電話	（　　）

ふりがな	（氏）	（名）	性別	男
氏名				女
	（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	

歯科医師免許申請書

氏名	（氏）	（名）	個人番号	

（保健師助産師看護師法施行規則の一部改正）

第四条　保健師助産師看護師法施行規則（昭和二十六年厚生省令第二十四号）の一部を次のように改正する。

第一号様式から第一号の三様式までの様式を次のように改める。

第一号様式（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）

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 平成 令和　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）	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	