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）

第一号の二様式（第一条の三、附則第六項関係）

助産師　免許申請書

受験地コード	

平成 令和	年	月施行	第	回助産師国家試験合格	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〇で囲むこと。

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 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．過去に助産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、助産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			通称名		
	（旧姓）				

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	

助産師免許申請書

氏名	（氏）	（名）	個人番号	

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）

第一号の三様式（第一条の三、附則第六項関係）

看護師　免許申請書

受験地コード	

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

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〇で囲むこと。

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．看護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．旧姓併記の希望の有無。
有・無

５．過去に看護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、看護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			通称名		
	（旧姓）				

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	

看護師免許申請書

氏名	（氏）	（名）	個人番号	