第一号様式から第一号の三様式まで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

１～５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 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

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）
氏名		
	（旧姓）	
通称名		

性別	男
	女

生年月日	昭和 平成 令和 西暦　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	