ホチキス位置

第一号書式（第一条の三関係）

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）

医　師　免許申請書

受験地コード		

平成 令和	年	月施行	第	回医師国家試験合格	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。

＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

本籍 （国籍等）	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	

医師免許申請書

氏名	（氏）	（名）	個人番号												