

|          |       |  |
|----------|-------|--|
| 厚生労働省記入欄 | 登録番号  |  |
|          | 登録年月日 |  |

|                           |
|---------------------------|
| 収入印紙欄<br>(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<br>令和 | 3 | 年 | 2 | 月 | 施行 | 第 | 1 | 1 | 5 | 回 | 医師国家試験合格 | 受験地 | 東京都 | 受験番号 | ○ | ○ | ○ | ○ |
|----------|---|---|---|---|----|---|---|---|---|---|----------|-----|-----|------|---|---|---|---|

1～4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 千葉県 労働 太郎

4. 旧姓併記の希望の有無。

**有**・無

上記により、医師免許を申請します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

|            |                 |
|------------|-----------------|
| 本籍<br>(国籍) | 東京 <b>都</b> 道府県 |
|------------|-----------------|

|    |   |
|----|---|
| 住所 | 〒100-8916<br>東京 <b>都</b> 道府県 千代田区霞が関1-2-2 |
| 電話 | 03 ( 5253 ) 1111                          |

|                   |                  |
|-------------------|------------------|
| ふりがな              | (氏) こうせい (名) たろう |
| 氏名<br>(裏面Ⅱ(4)参照)  | 厚生 太郎            |
|                   | (旧姓) 労働 太郎       |
| 通称名<br>(裏面Ⅱ(5)参照) |                  |

|    |          |
|----|----------|
| 性別 | <b>男</b> |
|    | 女        |

|      |                      |   |   |   |   |   |   |
|------|----------------------|---|---|---|---|---|---|
| 生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和<br>西暦 | 5 | 年 | 1 | 月 | 1 | 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<br>コード |         |