

大臣免許 新規申請の チェックポイント集

長野市保健所総務課

R08.02.16 更新

目次

- 1 主な留意事項一覧・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2P
- 2 書類の綴り方、とりまとめ・・・・・・・・・・・・ 3P
- 3 医師免許などの申請書類チェックポイント・・・・ 5P
※医師免許など…医師、歯科医師、保健師、助産師、看護師、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士
- 4 管理栄養士免許の申請書類チェックポイント・・・・ 10P
- 5 薬剤師免許の申請書類チェックポイント・・・・・・ 15P

1 主な留意事項一覧

主な留意事項は次の3点です。その他、詳細については各免許のチェックリストをご覧ください。

1 診断書

- 申請日時時点で診断年月日が1ヶ月以内であること
3月1日に作成した診断書は3月31日までしか
利用できません
- 診療科が記載されていること

3 合格から1年以上経過して 免許証を申請する場合

- 申立書（別添の様式）を添付すること
例：昨年度保健師試験に合格したが、免許の申請が
今年になった場合

2 1人で複数の免許を同時に 申請する場合

- 申請書の右上に同時に申請した免許の頭文字を
赤で記入すること

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)

ホチキス位置

保

第一号の様式
(第一条の三)

看護師免許申請書

平成	8	年	2	月	施行	第	1	1	5	回	看護師国家試験合格	受験地	東京	受験番号	0	0	0	0
----	---	---	---	---	----	---	---	---	---	---	-----------	-----	----	------	---	---	---	---

該当者のみ記入すること

旧	原	別	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	番	号
米国民政府布令			免状交付 年月日	昭和 平成	年	月	日	米国民政府布令36-162号		免状交付 番	番	号

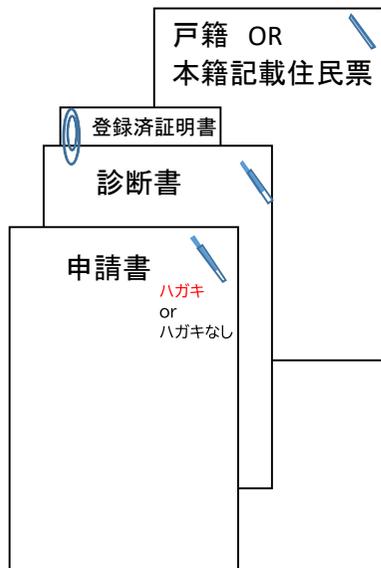
1～5の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。

2 書類の綴り方、とりまとめ

1 申請書類の綴り方

医師など

医師、歯科医師、保健師、助産師、看護師、診療放射線技師
臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士



- 戸籍が複数枚あるときホチキスを外す
 - 登録済証明書は
診断書の裏面にクリップで留める
- ※ハガキによる登録済証明書の希望の有無を
申請書の右上余白に記入
希望あり→赤字で「ハガキ」
希望なし→鉛筆で「ハガキなし」と記入
- 書類の右上をホチキスで綴じる

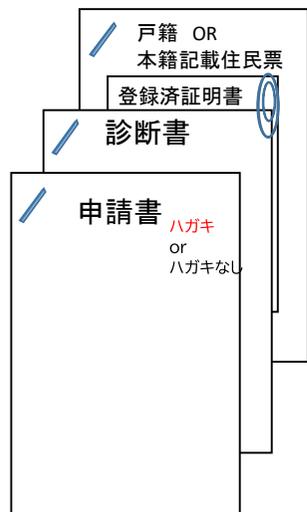
管理栄養士



- 戸籍が複数枚あるときホチキスを外す
- 書類の左上をクリップで留める

2 書類の綴り方、とりまとめ

薬剤師



- 戸籍が複数枚あるときホチキスを外す
- 登録済証明書は
診断書の後ろにクリップで留める
※ハガキによる登録済証明書の希望の有無を
申請書の右上余白に記入
希望あり→赤字で「ハガキ」
希望なし→鉛筆で「ハガキなし」と記入
- 書類の左上をホチキスで綴じる

2

とりまとめ

※複数人の申請書類をまとめて保健所に提出する場合

(1) 申請書類のとりまとめ

- 免許の種類ごとに分ける
- 受験地コード(別添参照)順
- 受験番号の若い方が先頭に来るように重ねる

(2) 申請者一覧の作成

- 資格ごとに申請者一覧を作成し、保健所に提出

↑
※申請書の受付と引き渡しの確認作業に利用します

3 医師免許などの申請書類チェックポイント

※医師免許など・・・医師、歯科医師、保健師、助産師、看護師、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士

1 申請書

(記入例)

厚生労働省記入欄

登録番号

登録年月日

収入印紙

必要な収入印紙の金額
60,000円 医師・歯科医師
9,000円 保健師・助産師・看護師
臨床検査技師・診療放射線技師
理学療法士・作業療法士・視能訓練士
臨床工学士・養護士

医師免許申請書

試験地コード 04

受験番号 1234

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. 医学に關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. 出願時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)
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。

令和〇年〇月〇日

本籍(国籍) 東京都

住所 〒110-8910 東京都千代田区霞が関1-2-2

電話番号 03(5253)1111

戸籍通りの字で記入してください。ただし、俗字・略字は正字に置き換えることがあります。

こうせい (名) たろう

厚生 太郎

(旧姓) 労働 太郎

性別 男

日本国籍の方は元号で、外国籍の方は西暦で記入してください。

昭和 平成 令和 西暦

生年月日 8年1月1日

厚生労働大臣 殿

申請書 診断書 戸籍

添付する戸籍抄(謄)本が複数枚におよび、左側がホチキスでとめられている場合はホチキスを外し、書類一式を右側のホチキス位置で綴じてください。

日4サイズの戸籍抄(謄)本は、表面が外側になるように中央で二つ折りにして添付してください。

- 収入印紙**
 - 医師、歯科医師 60,000円
 - それ以外 9,000円
- 試験情報**
 - 記載内容に誤りがないか(申請者に口頭確認)
- 自己申告事項**
 - 1から5の項目すべてに○がついているか
※特に4.旧姓併記の希望有無、5.過去に〇〇免許を有していたことの有無
- 申請日**
 - 保健所への提出日(元号)になっているか
- 申請者の情報(主に戸籍との照合)**
 - 本籍は戸籍と一致するか
 - 住所は長野市内か ※原則、市外の方は長野市保健所への申請不可
 - 氏名の「ふりがな」を記載しているか
 - 氏名の字体は戸籍と一致するか
 - 旧姓併記を希望有の場合、旧姓欄に記載しているか
※旧姓併記を希望しない場合は、旧姓欄に記入不要
- 生年月日**
 - 元号での記載か(外国籍の方は西暦)
- その他**
 - 訂正箇所は二重線
 - 同時に複数の免許を申請した場合は、赤ペンで申請書右上に同時に申請した免許の頭文字を○で囲み記入

3 医師免許などの申請書類チェックポイント

2 戸籍(謄本・抄本)または住民票

戸籍謄本(戸籍全部事項証明)	
全部事項証明	
本籍	東京都千代田区霞が関1番地2号
氏名	厚生 一郎
戸籍事項 戸籍改製	【改製日】平成20年2月23日 【改製事由】平成6年法務省令第51号附則第2条1号による改正
戸籍に記載されている者	【名】一郎 【生年月日】昭和40年3月19日 【配偶者区分】夫 【父】厚生 省 【母】厚生 政子 【続柄】長男
身分事項 出生	【出生日】昭和40年3月19日 【出生地】東京都千代田区霞が関 【届出日】昭和40年3月26日 【届出人】父
婚姻	【婚姻日】昭和63年4月1日 【配偶者氏名】文部 花子 【従前戸籍】長野県長野市若里6番地6
戸籍に記載されている者	【名】太郎 【生年月日】平成2年1月1日 【父】厚生 一郎 【母】厚生 花子 【続柄】長男
身分事項 出生	【出生日】平成2年1月1日 【出生地】東京都千代田区霞が関 【届出日】平成2年1月6日 【届出人】父
以下余白	
発行番号 ××××-××××-×××× これは、戸籍に記載されている事項の全部を証明した書面である。	
令和〇年3月〇日 東京都千代田区長 ○ ○ ○	

戸籍抄本(戸籍一部事項証明)	
個人事項証明	
本籍	東京都千代田区霞が関1番地2号
氏名	厚生 一郎
戸籍事項 戸籍改製	【改製日】平成20年2月23日 【改製事由】平成6年法務省令第51号附則第2条1号による改正
戸籍に記載されている者	【名】太郎 【生年月日】平成2年1月1日 【父】厚生 一郎 【母】厚生 花子 【続柄】長男
身分事項 出生	【出生日】平成2年1月1日 【出生地】東京都千代田区霞が関 【届出日】平成2年1月6日 【届出人】父
以下余白	
発行番号 ××××-××××-×××× これは、戸籍中の一部の者について記録されている事項の全部を証明した書面である。	
令和〇年3月〇日 東京都千代田区長 ○ ○ ○	

1 申請書に戸籍の内容が正確に転記できているか

- 本籍地
- 氏名(字体も)
- 生年月日

2 発行日

- 発行から6ヶ月以内か

3 医師免許などの申請書類チェックポイント

2 戸籍(謄本・抄本)または住民票

住 民 票

長野県〇〇市	
本籍	東京都千代田区霞が関1番地2号
世帯主	厚生 一郎

1	氏名	厚生 一郎	住民票コード	*****		
	生年月日	昭和40年3月19日	性別	男	続柄	世帯主
	住所を定めた日	平成10年2月2日	届出の生年月日	平成10年2月10日		
	住民となった日	平成10年2月2日	現住所			
	長野県〇〇市若里六丁目6番地6号					

3	氏名	厚生 太郎	住民票コード	*****		
	生年月日	平成2年1月1日	性別	男	続柄	長男
	住所を定めた日	平成10年2月2日	届出の生年月日	平成10年2月10日		
	住民となった日	平成10年2月2日	現住所			
	長野県〇〇市若里六丁目6番地6号					

この写しは、世帯全員の住民票の原本と相違ないことを証明します。

令和〇年3月〇日

〇〇市長 △△△△

1 申請書に戸籍の内容が正確に転記できているか

- 本籍地
- 氏名(字体も)
- 生年月日

2 発行日

- 発行から6ヶ月以内か

3 その他

- マイナンバーの記載がないものか
※マイナンバーの記載がある場合は受付できません。

3 医師免許などの申請書類チェックポイント

3 診断書

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生年月日	昭和 平成 令和 西暦	年	月	日
		年 齢		才

上記の者について、下記のとおり診断します。

1. 視覚機能	目が見えない	<input type="checkbox"/> 該当しない	<input type="checkbox"/> 該当する	
2. 聴覚機能	耳が聞こえない	<input type="checkbox"/> 該当しない	<input type="checkbox"/> 該当する	
3. 音声・言語機能	口がきけない	<input type="checkbox"/> 該当しない	<input type="checkbox"/> 該当する	
4. 精神機能	精神機能の障害	<input type="checkbox"/> 該当しない	<input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要	
5. 麻薬、大麻又はあへんの中毒		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	

診 断 年 月 日	令和	年	月	日	
医 師	病院、診療所又は 介護老人保健 施設等の名称				
	所 在 地	〒 TEL.			
	診 療 科	記入漏れに注意	氏 名		

【注意事項】
 ※必ずどちらかに☑を記載してください。
 ※業務を行うにあたり支障がないと診断した場合は、「該当しない」を選択してください。
 なお、既往歴があっても業務を行うにあたり支障がないと診断した場合は「該当しない」を選択してください。
 ※「該当する」「専門家による判断が必要」に☑の場合は、該当項目に係る診療科の主治医又は専門医による詳細な診断書（裏面）をあわせて提出してください。
 ※本様式は、医師免許申請用。職種に応じて診断項目は変わるので、注意してください。
 ※障害の状況や合理的配慮について、本人より意見等があれば、別途添付（様式不問）も可（提出は任意）。

「該当する」「専門家による判断が必要」に☑の場合は、
 該当項目に係る診療科の主治医又は専門医が裏面を記載して下さい

1 申請者の情報

氏名、性別、生年月日、年齢

2 診断内容

全ての項目にチェックが入っているか

(「該当する」「あり」の場合は裏面の詳細な診断書を作成)

※特に最後の項目「麻薬、大麻又はあへんの中毒」の記載漏れが多いため注意

3 診断した医師の情報

診断年月日、医療機関の名称、所在地、診療科、氏名

※診療科の記入漏れが多いので注意

診断日から1ヶ月経過していないか

4 診断書の様式

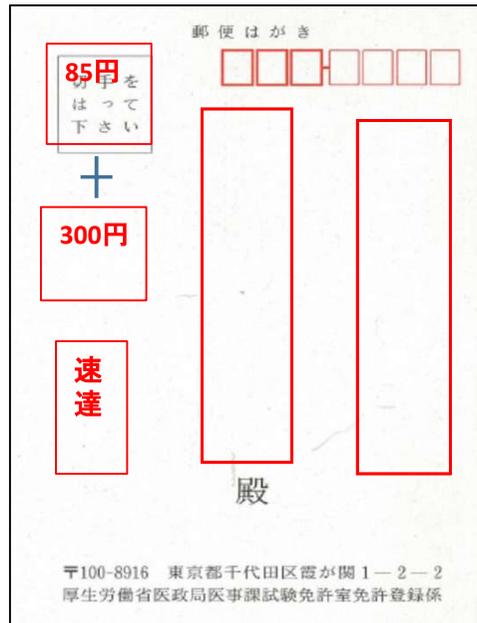
申請する免許の様式を用いているか

※特に看護師・保健所・助産師で添付違いが生じやすいため注意

3 医師免許などの申請書類チェックポイント

4 登録済証明書(希望者のみ)

表



- 必要な場合は申請書右上に赤字で「ハガキ」と記入
不要な場合は申請書右上に鉛筆で「ハガキなし」と記入

- 住所、氏名は申請書と一致するか

→ 相違する場合はこれでよいか口頭確認

- 85円切手

(以下、速達希望の場合)

- +300円切手 (合計385円分切手)

- 「速達」の表示 (朱書き)

裏

登録済証明書	
氏名	記入漏れに注意
登録番号	第 号
登録年月日	

上記のとおり 医 籍 に登録されたことを証明する。

厚生労働省
医政局長

(備考)
1. この登録済証明書は、就職等諸手続の際、免許証が手元に届くまでの間、暫定的に使用するためのものであり、証明の有効期限は、証明日から2か月間である。
なお、この証明書は、再交付しないので取扱いについては十分注意すること。
2. 免許証が手元に届いた際には、必ず就職先等へ呈示すること。
3. 医師法の規定により、2年ごとの年末(次回は令和 年)における氏名、住所等の事項を翌年の1月15日までに、保健所を經由して厚生労働大臣に届け出なければならぬこととされているので留意すること。

- 氏名のみ記載

★登録済証明書のオンライン発行について★

登録済証明書についてはオンライン発行も可能です。

4 管理栄養士免許の申請書類チェックポイント

1 申請書

第一号様式（第一条関係）

* 都道府県番号

* 登録番号

* 登録年月日

収入印紙欄
(消印しないこと)

管理栄養士免許申請書

管理栄養士免許を受ける都道府県名

管理栄養士名簿登録番号

昭和 年 月 施行第 回 管理栄養士国家試験 (管理栄養士試験) 合格証書番号

管理栄養士養成施設名

昭和 年 月 卒業

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 管理栄養士又は栄養士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

上記により、管理栄養士免許を申請します。

令和 年 月 日

本籍地都道府県名 (国籍)

電 話 ()

住 所 都道府県

(氏名は、戸籍上の文字で記入すること)

ふりがな (氏) (名)

氏 名 (姓)

性別 男 女

通称名

生年月日 昭和 平成 令和 西暦 年 月 日

厚生労働大臣 殿

備考 1 * 印紙には、記入しないこと。
 2 管理栄養士国家試験(管理栄養士試験)合格以外により申請を行う場合は、※の管理栄養士養成施設名及び卒業年月を記載すること。また、この場合は、様式内3の出願後は卒業後と読み替えるものであること。
 3 該当する不動文字を○で囲むこと。
 4 この申請書には、所定の登録免許税に相当する収入印紙又は領収証書を貼ること。(領収証書は、裏面に貼ること。)
 5 用紙の大きさは、A4とすること。

1 収入印紙

15,000円

2 栄養士に関する情報

記載内容は免許証と一致するか (原本と照合)

3 試験情報

記載内容は合格証書と一致するか (合格証書と照合)
 (昭和61年度までに管理栄養士養成施設に入学した方のみ記入)

4 自己申告事項

1から4の項目すべてに○がついているか

5 申請日

保健所への提出日(元号)になっているか

6 申請者の情報(主に戸籍・住民票との照合)

本籍は戸籍・住民票と一致するか
 住所は長野市内か ※原則、市外の方は長野市保健所への申請不可
 氏名の「ふりがな」を記載しているか
 氏名の字体は戸籍・住民票と一致するか

4 管理栄養士免許の申請書類チェックポイント

2 試験の合格証書

第 123456 号

合格証書

本籍地都道府県名(国籍) 長野県

氏 名 厚生 太郎

平成 2年 1月 1日生

××××年3月施行第〇〇回管理栄養士国家試験
に合格したことを証明する。

××××年4月〇日

厚生労働大臣 〇〇 〇〇

1 合格証書番号

- 合格証書番号を正しく申請書に転記

2 試験の日時

- 受験した年、回数を正しく申請書に転記

4 管理栄養士免許の申請書類チェックポイント

3

戸籍(謄本・抄本)または住民票

戸籍謄本(戸籍全部事項証明)

全部事項証明	
本籍	東京都千代田区霞が関1番地2号
氏名	厚生 一郎
戸籍事項 戸籍改製	【改製日】平成20年2月23日 【改製事由】平成6年法務省令第51号附則第2条1号による改正
戸籍に記載されている者	【名】一郎 【生年月日】昭和40年3月19日 【配偶者区分】夫 【父】厚生 省 【母】厚生 政子 【続柄】長男
身分事項 出生	【出生日】昭和40年3月19日 【出生地】東京都千代田区霞が関 【届出日】昭和40年3月26日 【届出人】父
婚姻	【婚姻日】昭和63年4月1日 【配偶者氏名】文部 花子 【従前戸籍】長野県長野市若里6番地6
戸籍に記載されている者	【名】太郎 【生年月日】平成2年1月1日 【父】厚生 一郎 【母】厚生 花子 【続柄】長男
身分事項 出生	【出生日】平成2年1月1日 【出生地】東京都千代田区霞が関 【届出日】平成2年1月6日 【届出人】父
以下余白	

発行番号 ××××-××××-××××
これは、戸籍に記載されている事項の全部を証明した書面である。

令和〇年3月〇日

東京都千代田区長 ○〇 ○〇

戸籍抄本(戸籍一部事項証明)

個人事項証明	
本籍	東京都千代田区霞が関1番地2号
氏名	厚生 一郎
戸籍事項 戸籍改製	【改製日】平成20年2月23日 【改製事由】平成6年法務省令第51号附則第2条1号による改正
戸籍に記載されている者	【名】太郎 【生年月日】平成2年1月1日 【父】厚生 一郎 【母】厚生 花子 【続柄】長男
身分事項 出生	【出生日】平成2年1月1日 【出生地】東京都千代田区霞が関 【届出日】平成2年1月6日 【届出人】父
以下余白	
発行番号 ××××-××××-×××× これは、戸籍中の一部の者について記録されている事項の全部を証明した書面である。	
令和〇年3月〇日	東京都千代田区長 ○〇 ○〇

1 申請書に申請者の情報が正確に転記できているか

- 本籍地
- 氏名(字体も)
- 生年月日
- (住所)

2 発行日

- 発行から6ヶ月以内か

4 管理栄養士免許の申請書類チェックポイント

3 戸籍(謄本・抄本)または住民票

住 民 票

長野県〇〇市

本籍	東京都千代田区霞が関1番地2号		
世帯主	厚生 一郎		

氏名	厚生 一郎	住民票コード	*****
住所を定めた日	平成10年2月2日	生年月日	昭和40年3月19日
住民となった日	平成10年2月2日	性別	男
		続柄	世帯主
現住所	長野県〇〇市若里六丁目6番地6号		

氏名	厚生 太郎	住民票コード	*****
住所を定めた日	平成10年2月2日	生年月日	平成元年1月1日
住民となった日	平成10年2月2日	性別	男
		続柄	長男
現住所	長野県〇〇市若里六丁目6番地6号		

この写しは、世帯全員の住民票の原本と相違ないことを証明します。

××××年3月〇日

〇〇市長 △△△△

1 申請書に申請者の情報が正確に転記できているか

- 本籍地
- 氏名(字体も)
- 生年月日

2 発行日

- 発行から6ヶ月以内か

3 その他

- マイナンバーの記載がないものか

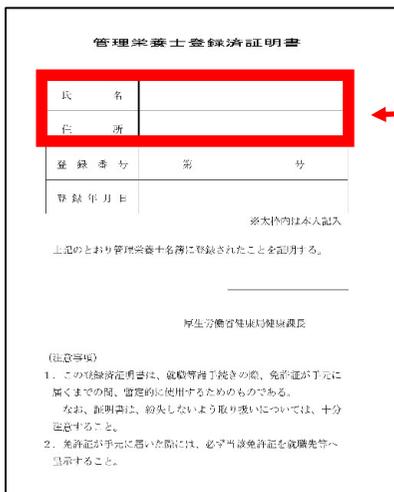
※マイナンバーがある場合は受付できません。

4 管理栄養士免許の申請書類チェックポイント

4

登録済証明書(希望者のみ)

管理栄養士登録済証明書



管理栄養士登録済証明書

氏名	
住所	
登録番号	第 号
登録年月日	

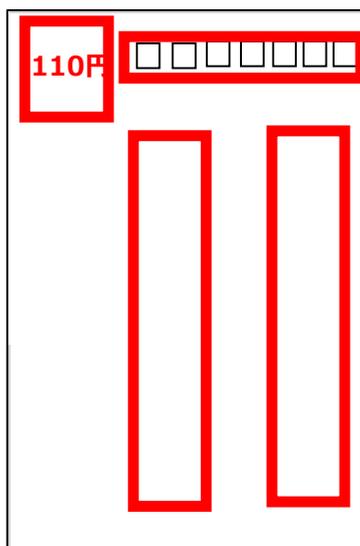
※本枠内は本人記入
上記のとおり管理栄養士名簿に登録されたことを証明する。

厚生労働省健康局健康課長

(注意事項)
1. この登録済証明書は、就職等終了後、免許証が手元に届くまでの間、留断的に使用するためのものである。
なお、証明書は、紛失しないよう取り扱いについては、十分注意すること。
2. 免許証が手元に届いた際には、必ず当該免許証を就職先等へ提示すること。

- 住所、氏名を記入
- 住所は申請書と一致するか

返信用封筒



110円

〒	□□□□□□
---	--------

返信用封筒の縦長の枠

- 返送先の郵便番号、住所、氏名を記入
- 110円切手

5 薬剤師免許の申請書類チェックポイント

1 申請書

ホチキス位置

収入印紙

薬剤師免許申請書

1. 平成 年 月 施行第 回薬剤師国家試験合格
(受験地) 合格証書番号第 号

2. 罰金以上の刑に処せられたことはありません。
(あるときは、その罪、刑及び刑の確定年月日)

3. 薬事に関し犯罪又は不正の行為を行なったことはありません。
(あるときは、違反の事実及び年月日)

4. 旧姓併記の有無。(有の場合は希望する旧姓)
有・無

5. 過去に薬剤師免許を有していたことの有無。(有の場合は登録番号)
有・無

上記により、薬剤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

氏名 (男・女)

昭和 平成 (西暦) 年 月 日生

連絡先

④戸籍or住民票
③薬書
②診断書
①申請書

添付する戸籍抄(謄)本は複数枚におよび、ホチキスで止められている場合にはホチキスを外し、書類一式を①、②、④の順で左上をホチキス位置で綴じてください。
(③登録済薬書は②診断書の後ろにクリップ止め)

B4サイズの戸籍抄(謄)本は、表面が外側になるように中央で二つ折りにして添付してください。

1 収入印紙

30,000円

2 試験情報

記載内容は合格証書と一致するか(合格証書と照合)

3 自己申告事項

- 該当事項なければ記入不要 ※有の場合は詳細を記入
- 旧姓併記の希望有無 ※有の場合は旧姓を記入
- 過去に薬剤師免許を有していたことの有無

4 申請日

保健所への提出日(元号)になっているか

5 申請者の情報(主に戸籍との照合)

- 本籍は戸籍と一致するか
- 住所は長野市内か ※原則、市外の方は長野市保健所への申請不可
- 氏名の「ふりがな」を記載しているか
- 氏名の字体は戸籍と一致するか

7 生年月日

元号での記載か(外国籍の方は西暦)

8 その他

訂正箇所は二重線

5 薬剤師免許の申請書類チェックポイント

2 戸籍(謄本・抄本)または住民票

戸籍謄本(戸籍全部事項証明)

全部事項証明	
本籍	東京都千代田区霞が関1番地2号
氏名	厚生 一郎
戸籍事項 戸籍改製	【改製日】平成20年2月23日 【改製事由】平成6年法務省令第51号附則第2条1号による改正
戸籍に記載されている者	【名】一郎 【生年月日】昭和40年3月19日 【配偶者区分】夫 【父】厚生 省 【母】厚生 政子 【続柄】長男
身分事項 出生	【出生日】昭和40年3月19日 【出生地】東京都千代田区霞が関 【届出日】昭和40年3月26日 【届出人】父
婚姻	【婚姻日】昭和63年4月1日 【配偶者氏名】文部 花子 【従前戸籍】長野県長野市若里6番地6
戸籍に記載されている者	【名】太郎 【生年月日】平成2年1月1日 【父】厚生 一郎 【母】厚生 花子 【続柄】長男
身分事項 出生	【出生日】平成2年1月1日 【出生地】東京都千代田区霞が関 【届出日】平成2年1月6日 【届出人】父
以下余白	

戸籍抄本(戸籍一部事項証明)

個人事項証明	
本籍	東京都千代田区霞が関1番地2号
氏名	厚生 一郎
戸籍事項 戸籍改製	【改製日】平成20年2月23日 【改製事由】平成6年法務省令第51号附則第2条1号による改正
戸籍に記載されている者	【名】太郎 【生年月日】平成2年1月1日 【父】厚生 一郎 【母】厚生 花子 【続柄】長男
身分事項 出生	【出生日】平成2年1月1日 【出生地】東京都千代田区霞が関 【届出日】平成2年1月6日 【届出人】父
以下余白	
発行番号 ××××-××××-×××× これは、戸籍中の一部の者について記録されている事項の全部を証明した書面である。	
令和〇年3月〇日	東京都千代田区長 ○ ○ ○

1 申請書に戸籍の内容が正確に転記できているか

- 本籍地
- 氏名(字体も)
- 生年月日

2 発行日

- 発行から6ヶ月以内か

令和〇年3月〇日

東京都千代田区長 ○ ○ ○

5 薬剤師免許の申請書類チェックポイント

2 戸籍(謄本・抄本)または住民票

住 民 票

長野県〇〇市	
本籍	東京都千代田区霞が関1番地2号
世帯主	厚生 一郎

1	氏名	厚生 一郎	住民票コード	*****
	住所を定めた日	平成10年2月2日	生年月日	昭和40年3月19日
	住民となった日	平成10年2月2日	性別	男
	現住所	長野県〇〇市若里六丁目6番地6号		

3	氏名	厚生 太郎	住民票コード	*****
	住所を定めた日	平成10年2月2日	生年月日	平成2年1月1日
	住民となった日	平成10年2月2日	性別	男
	現住所	長野県〇〇市若里六丁目6番地6号		

この写しは、世帯全員の住民票の原本と相違ないことを証明します。

令和〇年3月〇日

〇〇市長 △△△

1 申請書に申請者の情報が正確に転記できているか
 本籍地

氏名(字体も)

生年月日

2 発行日

発行から6ヶ月以内か

3 その他

マイナンバーの記載がないものか
※マイナンバーの記載がある場合は受付できません。

5 薬剤師免許の申請書類チェックポイント

3 診断書

診 断 書				
氏 名		性 別	男	女
生年月日	昭和 平成	年 月 日	年 齢	才
上記の者について、下記のとおり診断します。				
1 視覚機能				
調剤業務に支障をきたす				
<input type="checkbox"/> 該当しない			<input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要	
2 精神機能				
精神機能の障害				
<input type="checkbox"/> 該当しない			<input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要	
3 麻薬、大麻又はあへんの中毒				
<input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり	
診断年月日		年 月 日		
医 師	病院、診療所 又は介護老人 保健施設等の 名称			
	所在地	〒	TEL	
	診療科		氏 名	

【注意事項】
※必ずどちらかにを記載してください。
※業務を行うにあたり支障がないと診断した場合は、「該当しない」を選択してください。
なお、既往歴があっても業務を行うにあたり支障がないと診断した場合は「該当しない」を選択してください。
※「専門家による判断が必要」にの場合は、該当項目に係る診療科の主治医又は専門医による詳細な診断書(裏面)をあわせて提出してください。
※障害の状況や合理的配慮について、本人より意見等があれば、別途添付(様式不問)も可(提出は任意)。

「専門家による判断が必要」にの場合は、
該当項目に係る診療科の主治医又は専門医が裏面を記載してください

《薬剤師免許申請用》

1 申請者の情報

- 氏名、性別、生年月日、年齢

2 診断内容

- 全ての項目にチェックが入っているか
- (「専門家による判断が必要」な場合は裏面の詳細な診断書を作成)

3 診断した医師の情報

- 診断年月日、医療機関の名称、所在地、診療科、氏名
- ※診療科の記入漏れが多いので注意すること
- 診断日から1ヶ月経過していないか

5 薬剤師免許の申請書類チェックポイント

4 登録済証明書(希望者のみ)

表

85円
郵便はかき
□□□□□□□□
+
300円
速達

裏

※裏面は何も記入しない

- 必要な場合は申請書右上に赤字で「ハガキ」と記入
不要な場合は申請書右上に鉛筆で「ハガキなし」と記入

- 官製ハガキ（85円）の表面に宛名を記入

- 住所、氏名は申請書と一致するか

→ 相違する場合はこれでよいか口頭確認

(以下、速達希望の場合)

- + 300円切手

- 「速達」の表示（朱書き）

- 裏面は白紙のまま提出

★登録済証明書のオンライン発行について★

登録済証明書についてはオンライン発行も可能です。

- **ご不明な点がございましたら、
お気軽にお問い合わせください。**

長野市保健所総務課

〒380-0928

長野市若里六丁目6番1号

電話：026-226-9941

免許事務に従事するみなさまへ

- こちらの資料は、ご自由にご利用ください。
転載や改変してのご利用も可能です。
- 編集可能なデータをご用意しております。
ご希望ございましたらご連絡ください。
- みなさまのご意見を頂戴しながらより良いものにしていきたいと考えています。
- お気づきの点がございましたらご指摘ください。