

書く前に、本籍地の記載のある 住民票 又は 戸籍謄本（抄本）をご準備ください！

※申請書に訂正がある場合は、二重線で訂正し訂正印を押してください。修正テープ等は使用しないでください。

獣医師免許申請書

申請書を作成した日

令和 ○年 ○月 ○日

農林水産大臣 殿

申請者氏名 大國 太郎

獣医師の免許を受けたいから獣医師法施行規則

第1条各号に掲げる書類を添えて申請する。

本籍地は、住民票 又は 戸籍謄本(抄本)のとおり記載

本 籍 地 (国籍等)	都・道 鳥取 府・県	当省から速やかかつ確実に連絡のとれる 携帯電話等の電話番号を記載すること		
現 住 所	郵便番号	100-8950	電話	080 - (0000) - 0000
	都・道 東京 府・県	現住所は住民票の住所を記載 千代田区霞が関8丁目8番8号 方		
	メールアドレス	XXX@XX.ne.jp		
(ふりがな) 氏 名	おおくに たろう		生年月日	性別 男・女
	大國 太郎		昭和 平成 ○年○月○日	
旧姓又は通称併記の希望の有無		有 ・ 無		
旧 姓 ※1			通 称 ※1、2	
学 歴	霞が関 大学 令和○年 3月 卒 業			
	大学大学院 年 月 修 了			
	その他			

※1 旧姓又は通称の併記を希望する場合のみ記載すること。

※2 通称は外国籍を有する者で、住民票に通称の記載がある場合のみ、免許証に記載可能。

収入印紙 32,000 円を
貼り付けること。
消印をしないこと。

日本政府の収入印紙を貼り付
けること。消印しないこと。

※診断書を訂正する場合は、発行者である医師の訂正印が必要です。
申請者の氏名・生年月日の修正であっても、申請者が訂正・訂正印の押印をした
場合は、再提出になります。

診 断 書

氏 名

昭和 令和
平成 西暦 年 月 日生

上記の者について、下記のとおり診断する。
記

- | | | |
|-----------------|--|-----------------------------|
| 1 視覚障害 | ☒ なし | ☐ あり |
| 2 聴覚障害 | ☒ なし | ☐ あり |
| 3 音声機能・言語機能の障害 | ☒ なし | ☐ あり |
| 4 上肢の機能障害 | ☒ なし | ☐ あり |
| 5 精神の機能障害 | ☒ なし | ☐ あり |
| 6 麻薬、大麻又はあへんの中毒 | ☒ なし | ☐ あり |

いずれかに☑をしてください

【注意事項】

※ 必ずどちらかに☑を記載してください。

※ 1～5について、獣医師の業務を行うにあたり支障がないと診断した場合は、「なし」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「なし」を選択してください。

※ 1～5について、「あり」を選択した場合は、「7 特記事項」を記載してください。特記事項について、本診断書に記載できない場合は、別途、任意の様式により診断書を作成しても差し支えありません。

- 7 特記事項 (①病名、②当該者が現に利用している障害を補う手段又は当該者が現に受けている治療があればその具体的内容、③業務への支障の程度、④その他特記事項 等)

発行日～申請日が1ヶ月以内であること

年 月 日

病 院 名

所 在 地

病院名、所在地、医師名、印が記入されているか確認すること

医 師 名

印

※申告書に訂正がある場合は、二重線で訂正し訂正印を押してください。
修正テープ等は使用しないでください。

申 告 書

申請書を作成した日

年 月 日

農林水産大臣 殿

氏名及び生年月日の記入漏れに注意

氏 名 大國 太郎

昭和
平成 ○年 ○月 ○日生

獣医師法第5条第1項第3号の規定に関し、下記のとおり相違ないことを申告します。

記

罰金以上の刑に処せられたことがない。

※過去に罰金以上の刑に処せられたことがある場合(刑法第27条及び第34条の2により刑が消滅している場合を除く)、裁判に対応した検察庁又は本籍地を管轄する検察庁発行で刑の確定年月日が記載されている判決謄本(コピー不可)を提出してください。