

准看護師免許証再交付申請書

登録番号	第	号	登録年月日	登録年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
------	---	---	-------	-------	----------------	---	---	---

本籍	都道府県	
ふりがな	(氏)	(名)
氏名		
	(旧姓)	
通称名		
生年月日	昭和 平成 令和 西暦	年 月 日

※旧姓及び通称名は、免許証に記載されている場合に記入

※外国籍の方のみ西暦で記入

免許取得資格	昭和 平成 令和	年 月施行	都道府県	第 回 准看護師試験合格
--------	----------------	-------	------	--------------

上記により准看護師免許証を(き損・亡失)したので、関係書類を添えて免許証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

住 所 〒

電話番号

氏 名

石川県知事 殿

都道府県の受付印		保健所の受付印	