

- ⑥ 免許登録後、免許証の交付まで期間を要するので、希望する方には登録済証明書を発行します。登録済証明書の発行を希望する場合は、所定の登録済証明書用郵便はがきの表面に確実に届く受取先の住所及び氏名を記入し、裏面は氏名のみ記入の上、切手を貼り、診断書裏面の所定の位置にクリップで留めてください。通常はがきを利用の場合は、表面に受取先の住所及び氏名を記入し、裏面は白紙のままにしてください。
- また、申請後に転居した場合、郵便局に転居届を提出し郵便物が転送されるようにしてください。
- ⑦ 書類に不備があると籍の登録が遅れます。不備がある場合には電話で連絡をしますので、連絡先には確実に連絡が取れる電話番号を必ず記入してください（勤務先に内線がある場合は、内線番号も記入してください）。
- ⑧ 外国籍の方で住民票をお持ちでない場合は、申請する保健所に御相談ください。
- ⑨ 出願後の本籍若しくは氏名の変更の有無が「有」の場合は、住民票ではなく変更事項が確認できる戸籍抄（謄）本を添付してください。
- ⑩ 免許証の氏名に旧姓併記を希望される場合には、住民票ではなく、旧姓が確認できる戸籍抄（謄）本を添付してください。

4 免許証受領後の留意点

- ① 免許証は、申請した保健所を通じて交付します。
- ② 免許証の交付を受けたら、免許証に記載されている文字等に間違いがないかを確認してください。誤記がありましたら、速やかに交付した保健所窓口申し出てください。ただし、氏名については、俗字・略字を正字に置き換える場合があります。
- ③ 免許証は、紛失等しないようにしてください。万一、再交付を必要とする場合に備えて、登録番号や登録年月日、交付年月日等を控えるなどし、免許証とは別に保管しておいてください。

5 籍訂正・書換え及び再交付申請等の手続について

籍訂正、再交付等の申請は、就業地（就業していない場合は住所地）を管轄する保健所（又は道県等）で行ってください。免許証は申請した保健所（又は道県等）を通じて交付します。

※ 手続の際は、事前に保健所にお問合せください。

申請内容等	手続	手数料（注）
【籍訂正・書換え交付申請】 ・婚姻、転籍等で本籍、氏名等に変更が生じた場合	・ <u>30日以内</u> に申請しなければなりません。 ・登録の籍を訂正し、免許証を変更後の本籍、氏名に書き換えて交付します。	<東京都の場合> 4,300円（現金）
【再交付申請】 ・免許証を亡失又は損傷した場合	・随時申請することができます。 ・籍に登録されている事項による免許証を再度交付します。	<東京都の場合> 5,000円（現金）
【免許証返納】 ・亡失した免許証を発見した時や免許の取消処分を受けた時	・旧免許証を <u>5日以内</u> に返納しなければなりません。	/
【籍登録抹消申請】 ・准看護師が死亡し、又は失踪の宣告を受けた時	・戸籍法による届出義務者は、 <u>30日以内</u> に籍の登録の抹消を申請しなければなりません。	

（注）各道県等で手数料が異なります。東京都以外の道県知事等免許の場合、郵便為替を添付してください。

※ 氏名の記載について

- (1) 氏名欄は戸籍抄（謄）本を参照して記入してください。籍登録は戸籍抄（謄）本又は住民票に記載されている文字で登録を行います。免許証は俗字・略字を正字に置き換えて印字することがありますので、あらかじめ御了承ください。
- (2) 外国籍の方で、住民票の氏名表記にローマ字と漢字（仮名を含む。）を使用した氏名が併記されている方は、免許証への表記を希望するいずれかの文字の氏名を記入してください。

准看護師免許申請書記入例及びチェック項目



下記の項目の前の□（チェック欄）にチェックをし、記入漏れ等がないかをよく確認してから窓口に出してください。

申請等控兼事務連絡票

申請者は、下記の太枠内の該当項目に○又は記入をしてください。

免許種類	保健師	助産師	看護師	<input checked="" type="checkbox"/> 准看護師
申請内容	<input checked="" type="checkbox"/> 新卒登録、 <input type="checkbox"/> 再交付・修正・書換え・抹消・返納・その他			
登録番号	第 〇〇 号	登録年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
区分	厚生労働大臣、 <input checked="" type="checkbox"/> 東京都知事、 <input type="checkbox"/> 道府県知事			

現在の申請者の氏名等	ふりがな	(姓)	あらた	(名)	きょうこ
本籍(国籍)	神奈川県	氏名	新	京子	
住所	東京都立川市栄崎町〇-〇-〇				
電話番号	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇				
連絡先名(勤務先等)	東 新 宿 医 療 セ ン タ ー				
電話番号	〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇 内線 〇〇〇				

東京都受付印	※保健所受付印等	※不備書類及びその内容
		1 申請書 2 診断書 3 台帳簿(印の捺印) 4 戸籍簿(捺印) 5 手数料 6 登録申請書(捺印) 7 委任状書 8 関係書類写し 9 その他
再交付日	再交付日	書類整備完了 年 月 日

<注>この申請等控兼事務連絡票は、免許事務を迅速に遂行するためにのみ使用します

- 次の提出書類はそろっていますか？
- ① 申請等控兼事務連絡票
- ② 准看護師免許申請書
- ③ 診断書
- ④ 准看護師試験合格証書写し（診断書裏面1(3)参照）
- ⑤ 戸籍抄（謄）本又は住民票（外国籍の方は、住民票）
- ⑥ 登録済証明書（はがき）（希望する場合）

【申請等控兼事務連絡票】

- 該当項目に○を付けましたか？
- 戸籍抄（謄）本又は住民票の本籍地（外国籍の方は、住民票の国籍）と一致していますか？
- ふりがなは、記入されていますか？
- 氏名は、戸籍又は住民票の文字どおりに記入されていますか？
- 連絡先名（勤務先等）の電話番号は、確実に連絡が取れる番号が記入されていますか？

※登録番号

※登録年月日

【免許申請書】

准看護師免許申請書

令和 〇年 〇月 〇日施行 東京 (都道府県) 試験合格 受験番号 第 〇〇〇〇 号

1から5までの有無について必ず該当するどちらかを○で開くこと。

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 准看護師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 出稼後の本籍又は氏名の変更の有無(有の場合、出稼時の本籍又は氏名)
有(無)

4 出稼併記の希望の有無 有(無)

5 過去に准看護師免許を有していたことの有無(有の場合、登録都道府県及び登録番号)
有(無)

上記により、准看護師免許を申請します。
令和 〇年 〇月 〇日

本籍(国籍)	神奈川県
住所	東京都立川市〇〇町 〇-〇-〇
電話番号	〇〇〇(〇〇) 〇〇〇〇

ふりがな	(姓) あらた	(名) きょうこ
氏名	新	京子
通称名		

生年月日 昭和(平成) 〇年 〇月 〇日

東京都知事殿

東京都受付印	※保健所受付印等
--------	----------

- 試験施行の年月・都道府県名・受験番号は、正しく記入されていますか？
- 有・無どちらかに○を付けていますか？また、「有」の場合、右下線部分に指定された事項を記入していますか？
- 戸籍抄（謄）本又は住民票の本籍地（外国籍の方は、住民票の国籍）と一致していますか？
- ふりがなは記入されていますか？
- 氏名は、戸籍又は住民票の文字どおりに記入されていますか？
- 訂正箇所は二重線で訂正してありますか？

<裏面へつづく>

【診断書】

- 診断書は、申請書にとじ込まれている用紙を使用していますか？
- 発行の日から1か月以内のものでしょうか？
- 訂正箇所がある場合、二重線で訂正してありますか。(修正液等による訂正は不可)

【戸籍抄（謄）本又は住民票（外国籍の方は、住民票）】（コピー不可）

- 発行の日から6か月以内のものでしょうか？
- 受験願書提出後、婚姻等により戸籍に変更があった場合には、新しい戸籍抄（謄）本を添付していますか？（申請書の3で「有」に○をした場合）
- 免許証の氏名に旧姓併記を希望される場合には、旧姓が確認できる戸籍抄（謄）本を添付していますか？（申請書の4で「有」に○をした場合）

【登録済証明書】

郵便はがき

切手をはって
ください

△△△△△△△△

東京都立川市柴崎町
○
○
○
○

新
京
子

様

郵便番号163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1
東京都保健医療局医療政策課医療人材開発担当

63円分の切手は、貼ってありますか？（速達の場合は323円）

確実にお手元に届く郵便番号・住所・氏名が正しく書かれていますか？

氏名は、戸籍の文字で記入されていますか？
（通常はがきの場合は、裏面は一切記入しないこと。）

登録済証明書

氏名	新京子	
登録番号	部	号
登録年月日		

上記のとおり 准看護師 籍に登録されたことを証明します。

東京都
保健医療局長

（注意事項）

1. この登録済証明書は、就職時前手続の際、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、証明の有効期間は、証明日から2か月間です。
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してください。

2. 免許証が手元に届いた際には、必ず就職先へ呈示してください。

【その他】

- 罰金以上の刑に処せられたことの有無の欄が「有」の場合、次のa～dの書類が添付されていますか？
 - a 罰金以上の刑に係る判決謄本又は略式命令書
 - b 罰金刑については、当該罰金に係る領収証書（紛失した場合は支払った旨の申述書）
 - c 略歴書（任意様式）
学歴（中学校等卒業以降）及び職歴を記入したもの
 - d 反省文
- ※ 次の場合は、上記書類の添付及び申請書への記入は必要ありません。
 - ・消滅した刑の場合
 - ・交通反則告知書（いわゆる青切符）による反則金の納付の場合（罰金刑ではない。）
- 准看護師試験合格後1年以上経過している場合、現在まで准看護師の業務に従事していない旨の申述書（任意様式）を添付していますか？

准看

保・助・看

申請等控兼事務連絡票

申請者は、下記の太枠内の該当項目に○又は記入をしてください。

免許種類	保健師	助産師	看護師	准看護師
申請内容	新規登録・再交付・籍訂正・書換え・抹消・返納・その他			
登録番号	第	号	登録年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
区分	厚生労働大臣・東京都知事・_____道府県知事			

現在の申請者の氏名等	ふりがな	(姓)	(名)
本籍 (国籍)	都道府県	氏名	
		旧姓・通称名 併記希望のみ記入	
		生年月日	昭和 平成 西暦 年 月 日
住所			
電話番号	()		
連絡先名 (勤務先等)			
電話番号	()		内線

※東京都受付印		※保健所受付印等		※不備書類及びその内容	
				1 申請書 2 診断書 3 合格証書(写)の照合印 4 戸籍・除籍抄(謄本)改製原戸籍 5 手数料 6 登録済証明書(はがき) 7 遅延理由書 8 再交付に関する調査及び意見書 9 その他	
再受付日		再受付日		書類整備完了	年 月 日

<注>この申請等控兼事務連絡票は、免許事務を迅速に遂行するためにのみ使用します。

※登録番号	
※登録年月日	

准看護師免許申請書

令和 年 月施行	都 道 府 県	試験合格	受験番号	第 号
----------	------------	------	------	-----

1から5まで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 准看護師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 _____
- 5 過去に准看護師免許を有していたことの有無(有の場合、登録都道府県及び登録番号)
有・無 _____

上記により、准看護師免許を申請します。

令和 ____年 ____月 ____日

本 籍 (国籍)	都 道 府 県
-------------	------------

住 所		
電話番号	()	

ふりがな	(姓)	(名)
氏 名		
	(旧姓)	
通 称 名		

生年月日	昭和 平成 西暦	年	月	日
------	----------------	---	---	---

東京都知事殿

※東京都受付印	※ 保 健 所 受 付 印 等

診 断 書

氏 名						
生 年 月 日	昭和 平成 西暦	年	月	日	年 齢	才
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>5. 麻薬、大麻又はあへんの中毒 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p>						
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		
	氏 名					

【注意事項】

※必ずどちらかにを記入してください。

※業務を行うに当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当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 の場合は下記を参照してください。

(1) 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を別途ご用意の上、併せて提出してください。

(2) 診断書には、下記の内容を記入してください。

- ・診断名
- ・現在の具体的な治療内容（治療期間、服薬名及び量）
- ・症状の安定性（補助的又は代替手段があればその具体的内容：本人からの聴取を踏まえて記入してください。）
- ・業務への支障の程度
- ・その他の特記事項（あれば記入してください。）

※本様式は、准看護師免許申請用。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、本人から意見等あれば、別途添付（様式不問）も可（提出は任意）。



クリップ位置

は が き 位 置

准看護師免許申請手続

1 必要な書類

- (1) 准看護師免許申請書
- (2) 診断書（視覚機能、聴覚機能、音声・言語機能、精神機能、麻薬及び大麻又はあへんの中毒に関する診断書で**発行の日から1か月以内のものを添付してください。**表面の診断書を使用してください。）
記入事項に訂正がある場合は、二重線で訂正してください。（修正液等による訂正は不可。）
- (3) 准看護師試験の合格証書の写し（保健所において原本と相違ない旨の証明を受けてください。）
ア 平成10年度以降の東京都准看護師試験合格者
准看護師免許申請書に試験の施行年月、実施都道府県（東京都）及び受験番号を記入した場合は、添付を省略することができます。
イ ア以外の試験合格者
添付を省略することはできません。ただし、准看護師免許申請書への受験番号の記入を省略することができます。
- (4) 戸籍抄（謄）本又は住民票（本籍（外国籍の方は国籍）が記載され、かつ、個人番号（マイナンバー）が省略されているもの。以下同じ。）
外国籍の方は住民票を添付してください。
受験願書提出後、本籍又は氏名に変更がある場合若しくは免許証の氏名に旧姓併記を希望する場合は、必ず本籍又は氏名の変更経過が確認できる戸籍抄（謄）本を添付、変更等がない場合は住民票の添付でも可。（発行の日から6か月以内のもの）※コピー不可。
- (5) 外国籍の方で住民票をお持ちでない場合は、申請する保健所に御相談ください。

2 准看護師申請書の書き方

- (1) 該当する項目を○で囲み、※印の部分は記入しないでください。
- (2) 氏名は住民票又は戸籍に記入されている文字を用いて正確に記入してください。文字はかい書で正確に記入してください。
- (3) 外国籍の方は、本籍欄に国籍を記入し、生年月日欄については西暦で記入してください。
- (4) 外国籍の方で、住民票に通称名の記載があり、免許証に通称名の併記を希望する場合は、氏名欄の本名の下に（ ）書きで通称名をフルネームで記入してください。

3 手数料

6,400円（現金）

4 申請の方法

申請等控兼事務連絡票、准看護師免許申請書、診断書、准看護師試験合格証書の写し（上記1(3)参照）、戸籍抄（謄）本又は住民票の順にそろえ、左側のホチキス位置で留め、手数料と併せて住所地を管轄する保健所へ提出してください。
免許登録後、免許証の交付まで期間を要するので、希望する方には登録済証明書を発行します。登録済証明書の発行を希望する場合は、所定の登録済証明書用郵便はがきの表面に確実に届く受取先の住所及び氏名を記入し、裏面は氏名のみ記入の上、切手を貼り、診断書裏面の所定の位置にクリップで留めてください。通常はがきを利用の場合は、裏面は白紙のままにしてください。

また、申請後に転居した場合、郵便局に転居届を提出し郵便物が転送されるようにしてください。

4 准看護師免許新規申請書

※登録番号	
※登録年月日	

准看護師免許申請書

令和 ○ 年 ○ 月施行	東京都 <input checked="" type="radio"/> 道府県	試験合格	受験番号	第	○○○○	号
--------------	--	------	------	---	------	---

1から5まで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 准看護師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)
 無 千葉県 飯田橋 京子
- 4 旧姓併記の希望の有無 有 無
- 5 過去に准看護師免許を有していたことの有無(有の場合、登録都道府県及び登録番号)
有・無

上記により、准看護師免許を申請します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

本籍 (国籍)	東京都 <input checked="" type="radio"/> 道府県
------------	--

住所	東京都千代田区九段北1-2-14
電話番号	本人連絡先

ふりがな	(姓) ちよだ	(名) きょうこ
氏名	千代田	京子
	(旧姓) 飯田橋	京子
通称名		

生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 西暦	○ 年 ○ 月 ○ 日
------	--	-------------

東京都知事殿

※東京都受付印	※保健所受付印等

