

※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