

(他都道府県知事発行の免許証用)

准看護師免許証再交付申請書

年 月 日

知事 殿

本籍地(国籍) _____ 都・道・府・県
〒 _____
住 所 _____
電話番号 _____
氏 名 _____ 印
_____ 年 月 日生

下記のとおり、准看護師免許証再交付を受けたいので、保健師助産師看護師法施行令第7条第2項の規定により申請します。

- 記
- 登録番号 第 _____ 号
 - 登録年月日 _____ 年 月 日
 - 申請理由 亡失 き損 損傷
 - 申請理由の生じた年月日 _____ 年 月 日

添付書類

- 住民票

※ 損傷の場合は、損傷した免許証

- 定額小為替(金額は都道府県により異なるため、県庁医療業務課医務指導グループに問い合わせること。)