

※文書番号	
※登録番号	
※登録年月日	

収入証紙欄	
-------	--

記載例

准看護師免許申請書

令和 4 年 2 月	長野 都道府県施行	准看護師試験合格	受験番号	1234
------------	-----------	----------	------	------

- 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
- 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
- 出願後の本籍又は氏名の変更の有無（有の場合、出願時の本籍及び氏名）
有 無
- 旧姓併記の希望の有無 有 無
- 過去に准看護師免許を有していたことの有無（有の場合、登録番号）
有 無

上記より、准看護師免許を申請します。

令和 4 年 7 月 28 日

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

住所	〒380-8570 長野市大字南長野字幅下 692-2
電話	026 (123) 4567

ふりがな	(氏) なかの	(名) はなこ	性別
氏名	長野	花子	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
(旧姓)	信州	花子	
通称名			

生年月日	昭和 平成 令和 西暦	6 4 年 1 月 1 日
------	----------------------	---------------

長野県知事 様

(添付書類)

- 准看護師試験の合格証書写又は合格証明書（但し受験地が長野県で合格から1年以内の場合不要）
- 戸籍抄（贈）本又は住民票の写し（本籍の記載があるもの※外国籍の場合は国籍の記載があるもの）（発行の日から6ヶ月以内のもの）※試験出願後に氏名又は本籍に変更がある場合及び旧姓併記希望の場合は戸籍抄（贈）本
- 視覚、聴覚、音声機能若しくは言語機能若しくは精神の機能の障害又は麻薬・大麻・あへんの中毒者であるかないかに関する医師の診断書（発行の日から1ヶ月以内のもの）

コメントの追加 [A1]: 合格した試験の実施年月を記載

コメントの追加 [A2]: 合格した試験の実施都道府県を記載。

コメントの追加 [A3]: 旧姓併記希望の有無は必ず選択

コメントの追加 [A4]: 過去に准看護師免許を有していたことの有無は必ず選択

コメントの追加 [A5]: 本籍のある都道府県名を記入

コメントの追加 [A6]: 旧姓併記を希望する場合は必ず記入。
旧姓併記を希望しない場合は記入不要。

コメントの追加 [A7]: 外国籍の方で本名と併せて通称名の記載を希望する場合に記入。
通称名の記載は住民票の写しで確認できる場合に限る。

コメントの追加 [A8]: 日本国籍の方は和暦で記入。
外国籍の方は西暦で記入。