

受 付 印 欄	申請手数料収入済欄

准看護師簿訂正・免許証書換え交付申請書

(宛先)

知事

平成 年 月 日

(〒 -)

住 所

氏 名

電話番号 自宅(携帯) ()

職場 ()

下記により関係書類を添えて准看護師簿訂正・免許証書換え交付を申請します。

登録番号	第 号	登録年月日	昭和 平成	年 月 日
変更理由	婚姻 離婚	養子縁組 帰化	転籍 その他 ()	氏名の変更
変更理由 年 月 日	昭和 平成	年 月 日		

変更事項	変 更 前		変 更 後	
本籍地 (国籍)	都 道 府 県		都 道 府 県	
ふりがな	(氏)	(名)	(氏)	(名)
氏 名				
※				
生年月日	昭和 平成	年 月 日	昭和 平成	年 月 日

(注意)

- 1 氏名は記名押印又は署名のいずれかにより記入すること。
- 2 変更前欄には免許証記載の本籍地、氏名及び生年月日を記入すること。
変更後欄には変更がある事項のみを記入すること。
- 3 ふりがなを必ず記入すること。
- 4 外国籍の人は本籍地を国籍で、生年月日を西暦で記入すること。
外国籍の人で通称名の併記を希望する場合は、※欄に記入すること。