

様式第5号（第6条関係）

准看護師免許証返納書

1

登録番号	第	号	登録年月日	年	月	日
------	---	---	-------	---	---	---

2

免許証発見年月日	年	月	日
免許取消処分年月日	年	月	日

紛失した免許証を発見した

上記のとおり
 免許の取消処分を受けた
 年 月 日

ので、免許証を返納します。

住 所	〒	都道 府県	市 郡
氏 名		電 話	

島根県知事 様

添付書類

- 1 免許証の原本
- 2 返納期間（5日）を過ぎたときは、遅延理由書

※島根県の受付印	※保健所の受付印

遅延理由書

届出者氏名 _____

_____ (登録者氏名) は、 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ しましたので

、
5日以内に申請をしなければならないところ、(法令を不知・失念・ _____) のため、今日まで遅延

いたしました。

年 月 日

島根県知事 様