

様式第4号 (第5条関係)

准看護師免許証再交付申請書

1

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

2

本籍 (国籍)	都道 府県
------------	----------

3

ふりがな	(氏)	(名)	性別	
氏名	(旧姓)		男	女
通称名				

4

生年月日	年	月	日
------	---	---	---

5

免許取得資格	年	月	施行	都道府県准看護師試験合格
--------	---	---	----	--------------

6

再交付の事由	毀損 ・ 亡失
--------	---------

上記により、准看護師免許証の再交付を申請します。

年 月 日

住所	〒			
	都道 府県	市 郡		
氏名		電 話		

島根県知事 様

添付書類

- 1 住民票の写し (本籍の記載のあるもので個人番号の記載がないもの)
- 2 免許証の原本 (毀損による場合のみ)

※島根県の受付印	※保健所の受付印