

様式第2号（第3条関係）

准看護師籍（名簿）訂正・免許証書換交付申請書

1

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

2 変更を生じた事項

	変更前		変更後（1回目）		変更後（2回目）	
本籍 （国籍）	都道府県		都道府県		都道府県	
ふりがな	（氏）	（名）	（氏）	（名）	（氏）	（名）
氏名						
	（旧姓）		（旧姓）		（旧姓）	
旧姓併記の希望			有・無		有・無	
通称名						
生年月日	年 月 日		年 月 日		年 月 日	
性別	男・女		男・女		男・女	
変更の事由						

上記により、准看護師籍（名簿）訂正・免許証書換交付を申請します。

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 免許証の原本
- 2 戸籍抄（謄）本
- 3 提出期限（30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 _____

_____年 _____月 _____日 _____により、戸籍に変更を生じたので、30日以内に申請を
しなければならないところ、 _____のため、今日まで遅延いたしました。

今後、注意をいたしますのでよろしくお願いいたします。

年 月 日

島根県知事 様