受　付　印　欄	手数料収入済欄

准 看 護 師 免 許 申 請 書

（宛先）
埼玉県知事

令和　　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免許を申請します。

記

本籍地（国籍等）	都道府県		
旧姓併記の希望の有無	有　・　無		
ふりがな	（氏）	（名）	
氏名			
	（旧姓）		
※通称			
生年月日	昭和 平成　　年　月　日	性別	男　・　女
試験合格年月日	昭和 平成 令和　　年　月　日	合格番号	第　　号
試験施行地	都道府県		

1　罰金以上の刑に処せられたこと（該当するものを○で囲むこと。）
（1）　ありません。　　（2）　あります。
（2）のときは、その罪、刑及び刑の確定年月日
（　　）
2　准看護師の業務に関する犯罪又は不正の行為をしたこと（該当するものを○で囲むこと。）
（1）　ありません。　　（2）　あります。
（2）のときは、犯罪又は不正の行為の事実及び年月日
（　　）
3　過去に准看護師免許を保有していたこと（該当するものを○で囲むこと。）
（1）　ありません。　　（2）　あります。

注　1　日本の国籍を有しない者は、本籍地を住民基本台帳法第３０条の４５に規定する国籍等で、生年月日を西暦で記入すること。また、通称名の併記を希望する場合は、※欄に記入すること。
2　旧姓の併記を希望する場合は、（旧姓）欄に記入すること。