

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)	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 日 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 令和	合 格 番 号	第 号
試 験 施 行 地	都 道 府 県		
<p>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。)</p> <p>(1) ありません。 (2) あります。</p> <p>(2)のときは、その罪、刑及び刑の確定年月日 ()</p> <p>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。)</p> <p>(1) ありません。 (2) あります。</p> <p>(2)のときは、犯罪又は不正の行為の事実及び年月日 ()</p> <p>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。)</p> <p>(1) ありません。 (2) あります。</p>			

注 1 外国の国籍を有する者は、本籍地を国籍で、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。