

(注) 原本照合済	
受験番号	
合格証書	第 号
所属	
職・氏名	

愛 知 県 収 入 証 紙
貼 付 欄

准看護師免許申請書

平成 令和	年 月	都道 府県	施行第	回准看護師試験合格
----------	-----	----------	-----	-----------

合格年月日	平成 令和	年 月 日
-------	----------	-------

- 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日)
有・無 _____
- 准看護師の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)
有・無 _____
- 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)
有・無 _____
- 旧姓併記の希望の有無
有・無 _____
- 過去に准看護師免許を有していたことの有無。(有の場合、登録の都道府県及び登録番号)
有・無 _____

上記により、准看護師免許を申請します。

令和 年 月 日

本籍(国籍)	都道 府県
--------	----------

住 所	愛知県
電話番号	

ふりがな	(氏)	(名)	性別
氏 名	(旧姓)		
通称名			

生年月日	昭和 平成 西暦	年 月 日	※外国籍の方のみ西暦で記入
------	----------------	-------	---------------

愛 知 県 知 事 殿

愛知県受付印	経 由 印	保健所受付印

(添付書類)

- 戸籍抄本、戸籍謄本又は住民票のいずれか(発行の日から6か月以内のもの。)
 - 診断書(発行の日から1か月以内のもの。裏面の診断書を使用してください。)
- (注) 准看護師試験合格証書を持参して原本照合を受けてください。(愛知県施行以外の准看護師試験合格者は合格証書の写しも併せて持参してください。)