

当初 受付	* 年 月 日
No	

### 准看護師免許証再交付申請書

免許証交付 都道府県名	都 道 府 県	登録番号	第 号	登録年月日	年 月 日
免許取得 資 格	年 月 施行 試験 合格			受 験 地	都 道 府 県

本 籍 (国 籍)	都 道 府 県	
ふりがな	(氏)	(名)
氏 名		
	(旧姓)	
生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和 西 暦	年 月 日
	性別	男 ・ 女

上記により、准看護師免許証を（損傷・亡失）したので、関係書類を添えて免許証の再交付を申請します。

年 月 日

住 所		電 話	( )
-----	--	-----	-----

氏 名	
-----	--

### 宮崎県知事 殿

- 注1 \*印の欄は記入しないこと。  
 2 該当する文字を○で囲むこと。  
 3 旧姓については、すでに発行済の免許証に旧姓を併記していた方のみ記入すること。  
 4 次の書類を添付すること。  
 (1) 住民票の写し（本籍が記載され、かつ、個人番号が記載されていないものに限る）または戸籍抄（謄）本  
 ※コピー不可（発行の日から6ヶ月以内のものに限る。）  
 (2) 准看護師免許証、保健婦免状又は看護婦免状の原本（き損の場合のみ）

県の受付印	保健所の受付印	収入証紙欄