

准看護師籍訂正、免許証書換え交付申請書

年 月 日

群馬県知事 宛て

〒 ー

住 所

電 話

氏 名

下記により准看護師籍訂正、免許証書換え交付を申請します。

記

1 登 録 番 号 第 号

2 登 録 年 月 日 年 月 日

3 変 更 事 項

	変 更 前	変更後（1回目）	変更後（2回目）
本 （ 国 籍 ） 籍	都道 府県	都道 府県	都道 府県
ふ り が な			
氏 名			
旧姓又は通称名			
旧姓又は通称名 併記の希望		有 ・ 無	有 ・ 無
性 別	男 ・ 女	男 ・ 女	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

4 変 更 理 由

5 変 更 年 月 日 年 月 日

注 1 字は、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。

2 変更前欄には現在、所持している免許証に記載の本籍（国籍）、氏名及び生年月日等を記入すること。
変更後欄には変更がある事項のみを記入すること。

3 生年月日欄は、日本国籍を有する者の場合は和暦で、外国籍を有する者の場合は西暦で記入すること。

4 添付書類

1) 准看護師免許証

2) 戸籍謄本又は戸籍抄本

なお、提出期限（変更を生じた日の翌日から起算して30日以内）を過ぎた場合は、遅延理由書を添付すること。