

准看護師免許再交付申請書

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免許証の再交付を受けたいので申請します。

記

1 登録番号 第 号

2 登録年月日 年 月 日

3 登録内容

本 （ 国 籍 ）	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
生 年 月 日	年 月 日
再 交 付 の 理 由	損傷 ・ 亡失
理由の発生日	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 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。

3 添付書類

1) 准看護師免許証（損傷の場合に限る。）

- 2) 住民票の写し（本籍の記載があり、かつ個人番号の記載のないもの）、戸籍謄本又は戸籍抄本
外国籍の者のうち、短期在留者の場合には旅券その他の身分を証する書類の写し、中長期在留者又は
特別永住者の場合には国籍等の記載がされ、かつ、個人番号が記載されていない住民票の写し