

受 付 印 欄	手 数 料 収 入 済 欄

准看護師籍訂正・准看護師免許証書換交付申請書
 (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籍訂正・免許証書換交付を申請します。
 記

登 録 番 号	第 号	登 録 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日
変 更 理 由	婚姻 離婚	養子縁組 帰化	転籍 氏名の変更 その他 ()
変 更 理 由 の 生じた年月日	昭和 平成 年 月 日 令和		

変 更 事 項	変 更 前		変 更 後	
本 籍 地 (国 籍 等)	都 道 府 県		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)		(旧姓)	
※通 称				
性 別	男 ・ 女		男 ・ 女	
生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日	

- 注 1 変更前欄には免許証記載の本籍地、氏名及び生年月日を記入すること。
 変更後欄には変更がある事項のみを記入すること。
- 2 日本の国籍を有しない者は、本籍地を住民基本台帳法第30条の45に規定する国籍等で、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。
- 3 旧姓の併記を希望する場合は、(旧姓) 欄に記入すること。