

受 付 印 欄	手 数 料 収 入 済 欄

准看護師免許証再交付申請書

(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免許証の再交付を申請します。

記

登 録 番 号	第 号	登 録 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日
再 交 付 理 由	損傷（破った、汚した） 亡失		
本 籍 地 （ 国 籍 等 ）	都 道 府 県		
ふ り が な	(氏)	(名)	
氏 名			
	(旧姓)		
※通 称			
生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日		

- 注 1 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、免許証に通称名が併記されている場合は、※欄に記入すること。
- 2 免許証に旧姓が併記されている場合は、(旧姓) 欄に記入すること。