

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)	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	性 別	男 ・ 女

- 注 1 外国の国籍を有する者は本籍地を国籍で、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。