

香 川 県 証 紙 欄
(消印してはならない。)

准 看 護 師 免 許 申 請 書

年 月 日

香川県知事 殿

住 所
(〒)
ふりがな
氏 名
電話番号 () -

准看護師免許を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

| | |
|---|---|
| 本 籍 地 都 道 府 県 (国 籍) | |
| ふ り が な | |
| 氏 名 | |
| 旧 姓 併 記 の 希 望 | 有 (希望する旧姓を記載すること。) 無 |
| 通 称 名 | |
| 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| 准看護師試験施行年月 | 年 月 |
| 試験施行地都道府県名 | |
| 受 験 番 号 | |
| 罰金以上の刑に処せられた ことの有無 | 有 (その罪、刑及び刑の確定年月日を記載すること。) 無 |
| 准看護師の業務に関する犯 罪又は不正の行為の有無 | 有 (違反の事実及び年月日を記載すること。) 無 |
| 過去に准看護師免許を有し ていたことの有無 | 有 (登録番号を記載すること。) 無 |

注意 次の書類を添付すること

- (1) 准看護師試験合格証書の写し
- (2) 戸籍謄本若しくは戸籍抄本又は住民票の写し（住民基本台帳法第7条第5号に掲げる事項（出入国管理及び難民認定法第19条の3に規定する中長期在留者及び日本国との平和条約に基づき日本の国籍を離脱した者等の出入国管理に関する特例法に定める特別永住者にあつては、住民基本台帳法第30条の45に規定する国籍等）を記載したものに限り。）
（出入国管理及び難民認定法第19条の3各号に掲げる者にあつては、旅券その他の身分を証する書類の写し）
- (3) 視覚、聴覚、音声機能若しくは言語機能若しくは精神の機能の障害又は麻薬、大麻若しくはあへんの中毒者であるかないかに関する医師の診断書

| | |
|------|--------|
| 県受付欄 | 保健所受付欄 |
| | |