様式第４号（第４条関係）

当初 受付	＊ 年　月　日
Ｎｏ	

准看護師免許証再交付申請書

免許証交付 都道府県名	都　道 府　県	登録番号	第　　号	登録年月日	年　月　日
免許取得 資　格	年　月　施行　試験　合格			受験地	都　道 府　県

本　籍 （国籍等）	都　道 府　県			
ふりがな	（氏）	（名）		
氏　名				
	（旧姓）			
生年月日	昭和 平成 令和 西暦	年 月　日	性別	男・女

上記により、准看護師免許証を（損傷・亡失）したので、関係書類を添えて免許証の再交付を申請します。

年　　月　　日

住　所		電　話	（　　）

氏　名	

宮崎県知事　　殿

注１　＊印の欄は記入しないこと。
２　該当する文字を○で囲むこと。
３　旧姓については、すでに発行済の免許証に旧姓を併記していた方のみ記入すること。
４　次の書類を添付すること。
（1）住民票の写し（本籍が記載され、かつ、個人番号が記載されていないものに限る）または戸籍抄（謄）本
※　発行から６ヶ月以内のもの
※　コピー不可
（2）　損傷を理由として再交付を申請する場合は、当該損傷した准看護師免許証、保健婦免状又は看護婦免状
（3）　亡失を理由として再交付を申請する場合は、再交付に関する調査及び意見書

県の受付印	保健所の受付印	収入証紙欄

准看護師免許証の再交付に関する調査及び意見書

氏　　名	（旧姓　　）
生 年 月 日	年　　月　　日
登録年月日	年　　月　　日
登 録 番 号	第　　号
免 許 申 請 時 の 本 籍	（都道府県名のみ）
免 許 申 請 時 の 住 所	県
現 在 の 本 籍	（都道府県名のみ）
現 在 の 住 所	県
学校・養成所卒業年月日	年　　月　　日
卒 業 学 校 ・ 養 成 所 名	
受　験　地	県
受 験 番 号	
合 格 証 書 番 号	
再 交 付 申 請 の 有 無	有　・　無　　再交付年月日　　年　　月　　日
籍 訂 正 申 請 の 有 無	有　・　無　　籍訂正年月日　　年　　月　　日
亡 失 等 の 事 実 （具体的に記入のこと）	
保 健 所 の 意 見	

上記のとおり准看護師免許証の再交付に際し、申請者から事情を聴取し、本保健所の意見を付けて提出します。

年　　月　　日

宮崎県　　保健所長