別記様式第１号（第４条関係）

当初受付	＊ 年　月　日
Ｎｏ	

准 看 護 師 免 許 申 請 書

年　月　日 施行　准看護師試験　合格

受験地		受験番号	

１．罰金以上の刑に処せられたことの有無。（有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日）
　有・無 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２．准看護師の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。（有の場合、違反の事実及び年月日）
　有・無 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

３．出願後の本籍又は氏名の変更の有無。（有の場合、出願時の本籍又は氏名）
　有・無 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

４．旧姓併記の希望の有無。
　有・無

５．過去に准看護師免許を有していたことの有無。（有の場合、登録番号）
　有・無 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記により、准看護師免許を申請します。

年　月　日

本　籍 (国籍等)	都　道 府　県

住　所		電　話	（　）

ふりがな	(氏)	(名)
氏　名		
	(旧姓)	

生年月日	昭和　平成 年　月　日 令和　西暦	性　別	男・女

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、併記を希望する場合に記入し、旧姓併記の希望「有」を丸で囲むこと。
　４　必要書類（裏面参照）を添付すること。

県の受付印	保健所の受付印	収 入 証 紙 欄

（様式第１号　裏面）

准看護師免許申請に必要な書類

准看護師免許申請書には、次の書類を添付すること。

(1)　准看護師試験の合格証書の写し（原本証明を受けたもの）又は試験合格証明書
ただし、宮崎県知事が行った准看護師試験に合格した者が、申請書に合格した試験の施行年月日、受験地及び受験番号を記載した場合は、添付を省略することができる。

(2)　住民票の写し（本籍（外国の方は国籍等）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
※　コピー不可（発行から６ヶ月以内のものに限る）
※　出願後の本籍又は氏名の変更が有の場合もしくは免許証の氏名に旧姓の併記を希望する場合には、住民票の写しではなく、必ず本籍又は氏名の変更経過が確認できる戸籍抄（謄）本を添付すること。
※　外国籍の方は、国籍等、氏名、生年月日及び性別が記載されている次の書類を添付すること。
〇短期在留者：旅券その他身分を証する書類の写し
〇中長期在留者、特別永住者：住民票の写し

(3)　診断書
※　所定の診断書を使用し、発行の日から１か月以内のもの
※　障害の状況や合理的配慮について、本人より意見等があれば、別途添付（様式不問）も可（提出は任意）

(4)　試験合格後１年以上経過した申請については、現在まで准看護師の業務に従事していない旨の申述書（任意様式）

(5)　「罰金以上の刑に処せられたことの有無」が「有」の場合、次のａ～ｄの書類を添付すること。
ａ．罰金以上の刑にかかる判決謄本又は略式命令書一式
ｂ．罰金刑については当該罰金に係る領収証書
紛失した場合は、検察庁で発行の「罰金納付済証明」又は支払った旨の申述書
ｃ．略歴書（任意様式）
学歴（高等学校・准看護師養成所等卒業以降）及び職歴を記載したもの
ｄ．反省文（任意様式）

※　下記の場合は、申請書への記入及び前記書類の添付は必要ありません。
ア）消滅した刑の場合
・禁錮以上の刑の執行を終わり又はその執行の免除を得た者が、罰金以上の刑に処せられないで 10 年を経過したとき。
・罰金以下の刑の執行を終わり又はその執行の免除を得た者が、罰金以上の刑に処せられないで５年を経過したとき。
・刑の免除の言渡しを受けた者が、その言渡しが確定した後、罰金以上の刑に処せられないで２年を経過したとき。
・刑の執行猶予の言渡しを取り消されることなく猶予の期間を経過したとき。
イ）交通反則告知書（いわゆる青切符）による反則金の納付の場合
ウ）復権の効力が発生した場合
・罰金刑に処せられた者で、令和元年 10 月 22 日付けで公布及び施行された復権令（令和元年政令第 131 号）により、復権の効力が発生したとき

診　断　書

氏　　名		性　　別	男	女
生 年 月 日	昭和 平成 令和 西暦　　年　　月　　日	年　　齢	才	

上記の者について、下記のとおり診断します。

1　視覚機能

目が見えない　　□　該当しない　　□　該当する

2　聴覚機能

耳が聞こえない　　□　該当しない　　□　該当する

3　音声・言語機能

口がきけない　　□　該当しない　　□　該当する

4　精神機能

精神機能の障害　　□　該当しない　　□　専門家による判断が必要

5　麻薬、大麻若しくはあへんの中毒

□　なし　　□　あり

診断年月日		年　　月　　日
医師	病院又は診療所又は介護老人保健施設等の名称	
	所　在　地	〒 TEL
	氏　　名	

【注意事項】

※　必ずどちらかに☑を記入してください。

業務を行うにあたり支障がないと判断した場合は、「該当しない」を選択してください。

なお、既往歴があっても業務を行うにあたって支障がないと判断した場合は「該当しない」を選択してください。

※　「該当する」「専門家による判断が必要」に☑の場合は、下記を参照してください。

(1)　該当項目に係る診療科の主治医又は専門医による詳細な診断書を別途ご用意の上、併せて提出してください。

(2)　診断書には、下記の内容を記載してください。

- 診断名
- 現在の具体的な治療内容（治療期間、服薬名及び量）
- 症状の安定性（補助的又は代替手段があればその具体的内容：本人からの聴取を踏まえ記入してください。）
- 業務への支障の程度
- その他の特記事項（あれば記入してください。）

※　障害の状況や合理的配慮について、本人より意見等があれば別途添付してください。（提出は任意）