

准看護師免許申請書

愛媛県収入証紙貼付欄
(消印は、しないこと。)

年 月 日

愛媛県知事 様

本籍地都道府県名(国籍名)

住所
申請者 氏名

生年月日 年 月 日

電話番号

コード	H	K	O	I											
元号コード					年		月		施行		都道府県		准看護師試験合格		
1					受験地			受験番号							
登録年月日 (記入しないでください。)									免許番号 (記入しないでください。)			第 号			

- 罰金以上の刑に処せられたことはありません。(あるときは、その罪、刑及び確定年月日) _____
- 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はありません。
(あるときは、違反の事実及び年月日) _____
- 出願後の本籍地都道府県又は氏名の変更はありません。(あるときは、出願時の本籍地都道府県又は氏名) _____
- 旧姓併記を希望しません。(旧姓併記を希望するときは、旧姓) _____
- 通称名併記を希望しません。(通称名併記を希望するときは、通称名) _____

注1 次に掲げる書類を添付すること。

- 愛媛県以外で施行した准看護師試験の合格者の場合には、准看護師試験の合格証書の写し又は合格証明書
 - 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(昭和42年法律第81号)第7条第5号に掲げる事項(出入国管理及び難民認定法(昭和26年政令第319号)第19条の3に規定する中長期在留者又は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(平成3年法律第71号)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)
 - 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(発行の日から1箇月以内のものに限る。)
- 2 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。