

※文書番号	
※登録番号	
※登録年月日	

収入証紙欄 (3,500 円分長野県収入証紙)		
----------------------------	--	--

## 准看護師籍訂正・免許証書換交付申請書

登録番号	第	号	登録年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
------	---	---	-------	----------------	---	---	---

## 変更を生じた事項

	変更前		変更後（第1回）		変更後（第2回）	
本籍 (国籍)						
ふりがな	(氏)	(名)	(氏)	(名)	(氏)	(名)
氏名						
旧姓						
旧姓併記の希望			有 ・ 無		有 ・ 無	
通称名						
性別	男 ・ 女		男 ・ 女			

生年月日	昭和 平成 令和 西暦					年				月			日
------	----------------------	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	---

変更の事由	1 婚姻 2 離婚 3 転籍 4 養子縁組 5 その他 ( )
-------	---------------------------------

上記により、准看護師籍訂正・免許証書換交付を申請します。

令和 年 月 日

住所	〒				電話	( )
氏名						

長野県知事 様

(添付書類)

- 1 変更事項を証する戸籍抄（謄）本（発行の日から6ヶ月以内のもの）
- 2 准看護師免許証
- 3 遅延理由書（登録事項に変更を生じてから30日以上経過したとき）