

この様式は准看護師専用です

※文書番号	
※登録番号	
※登録年月日	

収入証紙欄	
(4,200 円分長野県収入証紙)	

准看護師免許証再交付申請書

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

本籍 (国籍)		
ふりがな	(氏)	(名)
氏名		
旧姓		
旧姓併記希望	有 ・ 無	
通称名		

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

再交付事由	1 亡失 2 毀損 3 汚損 4 焼失 5 盗難 6 その他 ()
-------	------------------------------------

上記のとおり准看護師免許証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

住所	〒	電話	()
氏名			

長野県知事 殿

(添付書類)

- 1 亡失の時は、その理由書
- 2 毀損・汚損の時は、その免許証
- 3 住民票（本籍記載のもの）※発行の日から 6 か月以内のもの