

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)	

記載例

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
------	---	---	-------	----------------	---	---	---

コメントの追加 [A1]: 登録番号・登録年月日が不明の場合は記入不要

本籍 (国籍)	長野県	
ふりがな	(氏) ながの	(名) はなこ
氏名	長野	花子
旧姓	信州	花子
旧姓併記希望	有	
通称名		

コメントの追加 [A2]: 本籍のある都道府県名を記入

コメントの追加 [A3]: 旧姓併記を希望する場合は記入。旧姓併記を希望する場合は、別途書換申請が必要。旧姓併記を希望しない場合は記入不要。

コメントの追加 [A4]: 旧姓併記希望の有無は必ず選択

コメントの追加 [A5]: 外国籍の方で本名と併せて通称名の記載を希望する場合に記入。通称名の記載は住民票の写しで確認できる場合に限る。

生年月日	昭和 平成 令和 西暦	64 年 1 月 1 日
------	----------------------	-----------------------------------

コメントの追加 [A6]: 日本国籍の方は和暦で記入。外国籍の方は西暦で記入。

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 **2**年 **1**月 **1**日

住所	〒 380-8570 長野市大字南長野字幅下 692-2	電話	026 (123) 4567
氏名	長野 花子		

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