県の受付印	健康福祉センターの受付印

福 井 県 証 紙 欄 5,600円

准 看 護 師 免 許 申 請 書

	受　験　日	受　験　地	受験番号
平 成 令 和	年　月　日	県施行准看護師試験	

	合　格　日	合　格　番　号
平 成 令 和	年　月　日	

1.罰金以上の刑に処せられたことの有無　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 ・ 無
3.出願後の本籍又は氏名の変更の有無　有 ・ 無

4.旧姓併記の希望の有無　有 ・ 無

上記により、准看護師免許を申請します。

年　月　日

本 籍	都道府県

住 所	都道府県	

フリガナ		
氏　名		
	(旧姓)	
通 称 名		

生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日生

性別	男	女

福 井 県 知 事　様

注　氏名については、署名により記載すること。

※登録番号

※登録年月日

県の受付印	健康福祉センターの受付印

福井県証紙欄
3,400円

准看護師籍訂正・免許証書換え交付申請書

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）	変更後（第3回）
本　籍	都道府県	都道府県	都道府県	都道府県
フリガナ				
氏　名				

変更の事由	

上記により准看護師籍訂正・免許証書換え交付を申請します。

年　　月　　日

住　所	都道府県	

フリガナ																					
氏　名																					
	（旧姓）																				
旧姓併記の希望	有　・　無																				
通　称　名																					

生　年　月　日	昭和 平成			年			月			日生

福井県知事　　様

注　氏名については、署名により記載すること。

※書換年月日

県の受付印	健康福祉センターの受付印

福井県証紙欄 4,100円

准看護師免許再交付申請書

登録番号	第						号	登　録 年月日	昭和 平成 令和			年			月			日

本　籍	都道府県

フリガナ													
氏　名													

生年月日	昭和 平成			年			月			日生

上記の准看護師免許証を（き損・亡失）したので、再交付を受けたく免許証および関係書類を添えて申請します。

年　　月　　日

住　所	都道府県	

フリガナ																				
氏　名																				
	（旧姓）																			
通称名																				

生年月日	昭和 平成			年			月			日生

福井県知事　　様

注　氏名については、署名により記載すること。

※再交付年月日

県の受付印	健康福祉センターの受付印

准看護師籍登録抹消申請書

登録番号	第						号	登　録 年月日	昭和 平成 令和			年			月			日

本　籍	都道府県

フリガナ													
氏　名													

生　年　月　日	昭和 平成				年			月			日生

抹消理由の生じた 年　　月　　日	昭和 平成 令和				年			月			日

抹　消　理　由	

上記により准看護師籍の登録を抹消されたく免許証および関係書類を添えて申請します。

年　　月　　日

住　所	都道府県		
氏　名		続　柄	

福井県知事　　様

注　氏名については、署名により記載すること。

※抹消年月日

県の受付印	健康福祉センターの受付印

（他都道府県籍登録者用）

准看護師籍訂正・免許証書換え交付申請書

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）	変更後（第3回）
本　籍	都道府県	都道府県	都道府県	都道府県
フリガナ				
氏　名				

変更の事由	

上記により准看護師籍訂正・免許証書換え交付を申請します。

年　　月　　日

住　所	都道府県	

フリガナ		
氏　名		
	（旧姓）	
旧姓併記の希望	有　・　無	
通 称 名		

生　年　月　日	昭和 平成	年　　月　　日生

知事　　殿

県の受付印	健康福祉センターの受付印

（他都道府県籍登録者用）

准看護師免許再交付申請書

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

本　籍	都道府県

フリガナ													
氏　名													

生年月日	昭和 平成			年			月			日生

上記の准看護師免許証を（き損・亡失）したので、再交付を受けたく免許証および関係書類を添えて申請します。

年　　月　　日

住　所	都道府県	

フリガナ																					
氏　名																					
	（旧姓）																				
通称名																					

生年月日	昭和 平成			年			月			日生

知事　　殿

県の受付印	健康福祉センターの受付印

（他都道府県籍登録者用）

准看護師籍登録抹消申請書

登録番号	第						号	登　録 年月日	昭和 平成 令和			年			月			日

本　籍	都道府県

フリガナ													
氏　名													

生　年　月　日	昭和 平成				年			月			日生

抹消理由の生じた 年　　月　　日	昭和 平成 令和				年			月			日

抹　消　理　由	

上記により准看護師籍の登録を抹消されたく免許証および関係書類を添えて申請します。

年　　月　　日

住　所	都道府県		
氏　名		続　柄	

知事　　殿