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）

【申込番号】

□□□□－□□□□－□□□□

（手数料納付システム利用時に記入）

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																					
連絡先																					
生　年　月　日	昭和 平成				年			月			日生										

知事　　殿