

県の受付印	健康福祉センターの受付印	出納証明書類貼付欄 【申込番号】 (手数料納付システム利用時に記入) 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		

[illegible]

- | | |
|--------------------------------|-------|
| 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																							
連絡先																							
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、記名押印または署名のいずれかにより記載すること。

※登録番号

※登録年月日

□