

受 付 印 欄	手 数 料 収 入 済 欄

准看護師籍訂正・准看護師免許証書換交付申請書

(宛先)

埼玉県知事

令和 年 月 日

(〒 -)

住 所

氏 名

電話番号 自宅 (携帯)

職場

下記により、関係書類を添えて准看護師籍訂正・免許証書換交付を申請します。
記

登 録 番 号	第 号	登 録 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 令和
変 更 理 由	婚姻 離婚	養子縁組 帰化	転籍 氏名の変更 その他 ()
変 更 理 由 の 生じた年月日	昭和 平成 年 月 日 令和		

変 更 事 項	変 更 前		変 更 後	
本 籍 地 (国 籍)	都 道 府 県		都 道 府 県	
旧 姓 併 記 の 希 望 の 有 無	/		有 ・ 無	
ふ り が な	(氏)	(名)	(氏)	(名)
氏 名	(旧姓)		(旧姓)	
※通 称				
生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日	

- 注 1 変更前欄には免許証記載の本籍地、氏名及び生年月日を記入すること。
変更後欄には変更がある事項のみを記入すること。
- 2 外国の国籍を有する者は本籍地を国籍で、生年月日を西暦で記入すること。
また、通称名の併記を希望する場合は、※欄に記入すること。
- 3 旧姓の併記を希望する場合は、(旧姓)欄に記入すること。