

年	月	日
---	---	---

岐阜県知事様

住 所	(〒      —      )
ふりがな	
氏 名	

准看護師免許証再交付申請書

次の免許証を 

損傷	・	亡失
----	---	----

 したので、再交付を受けたく 

免許証	・	関係書類
-----	---	------

 を添えて申請します。

登録番号		登録年月日	年	月	日
本 籍 (国籍)		都 道 府 県	申請の 理 由		
ふりがな	(氏)	(名)	性 別		
氏 名			男      ・      女		
	(旧姓)				
生年月日	年      月      日			電話番号 (      )      —	

- 添付書類
- 再交付に関する調査及び意見書
  - 亡失した理由が盗難、火災その他のり災等の場合であって、その事実を警察署、消防署等で証明できるものについては、当該証明書
  - 戸籍抄（謄）本又は住民票の写し（本籍の記載があり、個人番号の記載がないもの）（発行の日から6か月以内）  
ただし、旧姓併記希望の場合は、戸籍抄（謄）本を添付してください。  
なお、日本の国籍を有しない者は、次の書類を添付してください。  
(1) 中長期在留者及び特別永住者：住民票の写し（国籍等の記載があり、個人番号の記載がないもの）  
(2) 短期在留者：旅券その他の身分を証明する書類の写し
  - 免許証を損傷したときは、その免許証

登 録 番 号	※	登 録 年 月 日	※
県 の 受 付 印		保 健 所 の 受 付 印	
※		※	

- (注意)
- ※印の欄には、記入しないでください。
  - 該当する不動文字を○で囲んでください。
  - 黒ボールペンを用い、楷書ではっきり記入してください。
  - 生年月日を記入する際には、元号で記入してください。ただし、日本国籍を有しない者については、西暦で記入してください。
  - 氏名欄の旧姓は、発行済みの免許証に旧姓を併記していた方のみ記入してください。

【行政機関処理欄】 (記入者：      )

<input type="checkbox"/> オンライン納付	受付番号	
----------------------------------	------	--

出納印	金額
	円