

収 入 証 紙 欄

(他県免許は小為替添付)

准看護師免許証再交付申請書

(旧規則県免許の保健婦免状・看護婦免状)

登録番号	第 号	登 録 年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	登録地	都道 府県
------	-----	------------	----------------	-------	-----	----------

本 籍 (国籍)	都 道 府 県
-------------	------------

ふりがな				
氏 名 (旧姓)			性別	男
				女
通称名			生年 月 日	大正・昭和 平成・令和・西暦 年 月 日

免許取得 資 格	年 月 日	試験合格 () 県
	(上記試験以外により、免許を受けた者にあつては、その資格)	

上記により、准看護師免許証を(き損・亡失)したので、関係書類を添えて
(旧規則県免許の保健婦免状・看護婦免状)
免許証の再交付を申請します。

年 月 日

住 所	〒		
氏 名		電 話	

都道府県知事 様

都道府県受付印	長崎県受付印	保健所受付印

免許証再交付申請手続

I 免許証再交付申請に必要な書類について

- (1) 免許証再交付申請書
 - (2) 手数料：4,100円分の長崎県収入証紙（申請書の収入証紙欄に貼って下さい）
※長崎県以外の他の都道府県知事免許に係る申請については、郵便普通為替又は定額小為替を添付してください。
(都道府県により手数料が異なります。必ず事前に免許証を発行した都道府県にお問い合わせください。)
(郵便普通為替、定額小為替の有効期間は6カ月ですが、不備等により返却することもありますので、できるだけ新しいものを添付してください。)
 - (3) 免許証（き損の場合）（亡失の場合は不要）
 - (4) 住民票の写し（本籍（外国籍の者の場合は国籍等）が記載されており、「個人番号」が記載されていないものに限る。以下同じ。）又は戸籍抄（謄）本。
(発行日から6か月以内のものを添付してください。) ※コピー不可
- 日本国籍を有しない方は次の書類を添付してください。

 - ・短期在留者：「旅券その他の身分を証する書類の写し」及び「変更事項を証する書類」
 - ・中長期在留者：特別永住者：住民票の写し（国籍が記載され、かつ個人番号（マイナンバー）が記載されていないもの。）及び申請の事由を証する書類
- (5) 本人確認のできる公的証明書（運転免許証、旅券、健康保険証等）の写し
(現住所を確認できる面もコピーすること)（窓口で提示する者は原本確認で可）
 - (6) 再交付を申請する理由書

II 免許証再交付申請書の書き方について

- (1) 字は、インク、ボールペン等（黒又は青に限る。）を用い、楷書（かいしょ）ではっきりと記入してください。
- (2) 氏名は免許証に記載されている文字を用いて記入してください。
日本国籍を有しない方で、免許証に通称名が併記されている場合に限り、氏名欄の下の枠内に通称名を記入してください。
- (3) 日本国籍を有しない方は、本籍欄に国籍を、生年月日については西暦を記入してください。
- (4) 免許証に旧姓が併記されている場合は、旧姓欄に記入してください。
- (5) 下欄の氏名については、署名により記入してください。
- (6) 記載事項を訂正する場合は、二重線により抹消してください。（捨印・訂正印不要。）

III 申請書の提出方法について

免許証再交付申請書、添付書類の順にそろえ左肩をホチキス止めしてください。

※記載内容について電話でお問い合わせする場合がありますので、ご了承ください。

※紛失した免許証の記載事項（氏名、本籍地都道府県名など）に変更がある場合は、籍訂正・免許証書換え交付申請も同時に行う必要があります。

※免許証に旧姓が併記されていない方は、再交付申請では新たに旧姓を併記することはできません。「免許証書換え交付申請」も併せて行なってください。

准看護師免許証の再交付に関する調査及び意見書
(旧規則県免許の保健婦免状・看護婦免状)

氏名	(旧姓：)		
生年月日	昭和・平成	年	月 日生
登録年月日	昭和・平成・令和	年	月 日
登録番号	第	号	登録都道府県
申請時	本籍	都・道・府・県	
	住所		
現在	本籍	都・道・府・県	
	住所		
現住所の確認	別添住民票により確認 済		
免許取得の状況	卒業養成施設名		
	卒業年月日		
	合格都道府県		
	合格年月日		
	合格番号		
過去の再交付	有・無	申請年月日	年 月 日
過去の籍訂正	有・無	申請年月日	年 月 日
亡失等の事実 (具体的に記入)			
保健所の意見			

上記のとおり准看護師免許証（旧規則県免許の保健婦免状・看護婦免状）の再交付申請に関し、申請者から事情を聴取し、本保健所の意見をつけて提出します。

_____年_____月_____日

保健所長 印