

様式第1号（第2条関係）

准看護師免許申請書

鳥取県庁POS	¥5,600
 2 1 0 2 2 1 0 3 0 1 0 0 2	
手数料名: 准看護師免許新規	
予算主務課: 健康医療局医療政策課	
電話番号: 0857-26-7204	

鳥取県知事 様

申請者

本籍 (国籍)	都道府県	住所	〒		
電話番号					
ふりがな					
氏名					印
生年月日	年	月	日	性別	

准看護師免許を受けたいので、保健師助産師看護師法施行令第1条の3第2項の規定により関係書類を添えて次のとおり申請します。

年 月 日

年 月施行	県(都・道・府)准看護師試験合格	受験番号	
-------	------------------	------	--

- 1 罰金以上の刑に処せられたことの有無（有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日）
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（有の場合、違反の事実及び年月日）
有・無 _____
- 3 旧姓併記の希望の有無
有・無 有の場合（旧姓 _____）

注 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。