

鳥取県庁POS	¥3,400
 2 1 0 2 2 4 0 1 3 0 1 0 0 3	
手数料名: 准看護師免許書換交付	
予算主務課: 健康医療局医療政策課	
電話番号: 0857-26-7204	

様式第3号 (第4条関係)

准看護師籍訂正・免許証書換交付申請書

鳥取県知事 様

申請者

住所	〒		
氏名		電話番号	

保健師助産師看護師法施行令第3条第3項(及び第6条第2項)の規定により准看護師籍の訂正(及び免許証の書換交付)を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

年 月 日

登録番号	第	号	登録年月日	年	月	日
------	---	---	-------	---	---	---

変更の内容

	変更前	変更後
本籍 (国籍)	都道府県	都道府県
ふりがな		
氏名		
旧姓併記の希望の有無		有・無 有の場合(旧姓 )
変更事由		

注 免許証書換交付申請をする場合には、准看護師免許証を添付すること。