|  |
| --- |
| 証　　紙　　貼　　付　　欄 |

|  |
| --- |
| 准看護師免許証再交付申請書年　　　月　　　日　　群馬県知事　あて本　　籍　　　　　　　　　　住　　所　〒　　　　　　　　電　　話　　　　　　　　　　（ふりがな）　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　年　　　月　　　日生　　下記により免許証の再交付を受けたいので申請します。記１　　　　　　　　第　　　　　　　　　号２　　　　　　　　　　年　　　月　　　日３　再交付の理由４　理由の発生年月日　　　　　　　年　　　月　　　日 |

　注　１　字は、インク等を用い、楷書ではつきり書くこと。

　　　２　本籍は、都道府県名（外国籍の者は、国籍）を記載すること。

　　　３　添付書類

　　　　1)　免許証（損傷の場合に限る。）

　　　　2)　住民票の写し（本籍地の記載のあるもの）、戸籍謄本又は戸籍抄本