|  |
| --- |
| 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