

准看

保・助・看

申請等控兼事務連絡票

申請者は、下記の太枠内の該当項目に○又は記入をしてください。

免許種類	保健師	助産師	看護師	准看護師
申請内容	新規登録・再交付・籍訂正・書換え・抹消・返納・その他			
登録番号	第	号	登録年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
区分	厚生労働大臣・東京都知事・_____道府県知事			

現在の申請者の氏名等	ふりがな	(姓)	(名)
本籍 (国籍)	都道府県	氏名	
		旧姓・通称名 併記希望のみ記入	
		生年月日	昭和 平成 西暦 年 月 日
住所			
電話番号	()		
連絡先名 (勤務先等)			
電話番号	() 内線		

※東京都受付印		※保健所受付印等		※不備書類及びその内容	
				1 申請書 2 診断書 3 合格証書(写)の照合印 4 戸籍・除籍抄(謄)本、複製原戸籍 5 手数料 6 登録済証明書(はがき) 7 遅延理由書 8 再交付に関する調査及び意見書 9 その他	
再受付日		再受付日		書類整備完了	年 月 日

<注>この申請等控兼事務連絡票は、免許事務を迅速に遂行するためにのみ使用します。