

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

島根県収入証紙貼付欄

准看護師免許申請書

年 月施行	県准看護師試験合格	受験地		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 出願時の本籍(都道府県名)又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍(都道府県名)又は氏名) 有・無 _____
- 4 旧姓併記の希望の有無。 有・無 _____
- 5 過去に准看護師免許を有していたことの有無。(有の場合、登録番号)
有・無 _____

上記により、准看護師免許を申請します。

年 月 日

本 籍 (国籍)	都道 府県
-------------	----------

住 所	〒 _____ 都道 市 郡 府県
電 話 番 号	

ふりがな	(氏) _____ (名) _____
氏 名	(旧姓) _____
通 称 名	

性 別	男
	女

生年月日	年 月 日
------	-------

島根県知事 様

添付書類

- 1 診断書
- 2 住民票の写し(本籍の記載のあるもので個人番号の記載がないもの)又は戸籍抄(謄)本
- 3 合格証書の写し(島根県准看護師試験を受験し、島根県知事あて申請する場合は、省略できる)

※島根県の受付印	※保健所の受付印

診 断 書

〔准看護師〕

氏 名		性別	男	女
生年月日	年 月 日生	年令	歳	

上記の者について、下記のとおり診断します。

1 視覚機能

目が見えない 該当しない 該当する
 該当する場合において補助的（又は代替）手段があればその内容(できるだけ具体的に)

2 聴覚障害

耳が聞こえない 該当しない 該当する
 該当する場合において補助的（又は代替）手段があればその内容(できるだけ具体的に)

3 音声・言語機能

口がきけない 該当しない 該当する
 該当する場合において補助的（又は代替）手段があればその内容(できるだけ具体的に)

4 精神機能

精神機能の障害
 明らかに該当なし 専門家による判断が必要
 専門家による判断が必要な場合において診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況(できるだけ具体的に)

5 麻薬・大麻若しくはあへんの中毒

なし
 あり

診断年月日	年 月 日	※詳細については別紙も可
医 師	病院、診療所又は介護 老人保健施設等の名称	
	所 在 地	TEL
	氏 名	

〔備 考〕

1. 診断書は発行の日から 1 か月以内のものを添付すること。