

准看護師免許申請書

年 月 日

青森県知事 宮下 宗一郎 殿

青森県収入証紙 貼 付 5,600円

本籍地（国籍） _____ 都・道・府・県

〒□□□□—□□□□

住 所 青森県 _____

電話番号 _____

（ふりがな） _____

氏 名 _____

_____年 _____月 _____日生

下記のとおり、准看護師免許を受けたいので、保健師助産師看護師法施行令第1条の3第2項の規定により申請します。

記

- 1 年 月施行（ _____ 都、道、府、県）准看護師試験合格
受験番号 第 _____ 号
- 2 罰金以上の刑に処せられたことはありません。（あるときは、その罪、刑及び刑の確定年月日）
- 3 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はありません。
（あるときは、違反の事実及び年月日）
- 4 出願後の本籍又は氏名の変更はありません。（あるときは、出願後の本籍又は氏名）
- 5 免許証に旧姓の併記を _____ 希望します。／希望しません。
（旧姓 _____ ）
- 6 過去に准看護師免許を有していたことはありません。（あるときは、登録番号）

添付書類

- 1 他の都道府県の施行した試験に合格した者にあつては、准看護師試験の合格証の写し
- 2 次のいずれかの書類
 - (1) 戸籍謄本又は戸籍抄本
 - (2) 住民票の写し（住民基本台帳法第7条第5号に掲げる事項（中长期在留者及び特別永住者にあつては同法第30条の45に規定する国籍等）を記載したものに限る。）
 - (3) 出入国管理及び難民認定法第19条の3各号に掲げる者にあつては、旅券その他の身分を証する書類の写し
- 3 視覚、聴覚、音声機能若しくは言語機能若しくは精神の機能の障害又は麻薬、大麻若しくはあへんの中毒者であるかないかに関する医師の診断書

注1 （国籍）は、日本の国籍を有しないものが記載すること。

2 用紙の大きさは、日本工業規格A4縦長とする。

留意事項

- 1 合格証書の原本照合について（青森県以外の准看護師試験に合格し、青森県で申請する者のみ。）
県庁に直接申請する場合は、合格証書原本と写しを持参し、原本照合を受けること。郵送により申請する場合は、合格証書原本と写しを最寄りの保健所に持参し、写しに原本照合を受けること。
- 2 診断書は、発行の日から1ヶ月以内のものであること。
- 3 戸籍謄本又は戸籍抄本は、発行の日から6ヶ月以内のものであること。
- 4 罰金以上の刑に処せられたことのある場合は、次の書類の添付が必要になります。
 - (1) 罰金以上の刑にかかる判決謄本又は、略式命令書
 - (2) 罰金以上の刑にかかる領収証書（紛失した場合は支払った旨の自己申述書）
 - (3) 反省文
 - (4) 略歴書（任意様式）（学歴（中学校卒業以降）及び職歴を記載したもの）
- 5 提出にあたっては、免許申請書、診断書、戸籍謄（抄）本をそろえ、左上1ヶ所ホッチキス止めしてください。

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生年月日	年 月 日	年 令	才	
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 視覚機能 目が見えない <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 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） _____ _____</p> <p>2 聴覚機能 耳が聞こえない <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 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） _____ _____</p> <p>3 音声・言語機能 口がきけない <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 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） _____ _____</p> <p>4 精神機能 精神機能の障害 <input type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 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） _____ _____</p> <p>5 麻薬、大麻若しくはあへんの中毒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p>				
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			