長野県准看護師試験受験資格認定願

【様式１】

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性　別

生年月日（西暦で記載のこと）　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日

本（国）籍　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　看護師免許取得国

卒業看護師学校養成所名

在学期間（西暦で記載のこと）　　　　　　　　年　　　　月　～　　　　　　　　年　　　　月

外国の看護師免許資格取得年月日（西暦で記載のこと）　　　　　　　　年　　　　　　月　取得

認定結果郵送先住所（原則現住所を記載）

〒

電話番号

上記とは異なる連絡先

〒

電話番号

続　柄

保健師助産師看護師法第22条第４項の規定により、長野県准看護師試験を受験するため、関係書類を添えて資格認定を申請します。

　　　　年　　　　月　　　　日

長野県知事　様