

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 1234567 号	登録年月日	昭和・平成・令和 5 年 4 月 3 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) こうせい	(名) はなこ
本籍 (国籍)	東京 都道府県	氏名	厚生 花子
		旧姓・通称名 併記希望のみ記入	
		生年月日	昭和 平成 12 年 3 月 4 日 四暦
住所	東京都千代田区霞が関 1-2-2		
電話番号	03 (5253) 1111		
連絡先名 (勤務先等)	※勤務先(北区内)を記載してください。(例:北区診療所)		
電話番号	※勤務先の電話番号を記載してください。 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、改製原戸籍) 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。