

# 申請等控兼事務連絡票

申請者は、下記の太枠（※欄を除く）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 (1. 進学 <input checked="" type="radio"/> 2. その他)
申請内容	<input checked="" type="radio"/> 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	大正・昭和・平成 _____ 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) こうせい	(名) はなこ
本籍 (国籍)	東京 <input checked="" type="radio"/> 都府県	氏名	厚生 花子
		※免許証	
		生年月日	昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 1 年 9 月 1 日 性別 男 <input checked="" type="radio"/> 女
住所	東京都北区東十条2-7-3		
電話番号	03 ( 3919 ) 0727		
連絡先名 (勤務先等)	※勤務先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 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。