

准看護師免許申請書

昭和 平成 令和			年	月	施行 准看護師試験合格	試験施行地都道府県名	合格証書番号	
						都道 府県	第	号

※ 1～3の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。

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 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)

有 ・ 無

上記により准看護師免許を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

本籍 (国籍)	都道 府県	電 話	()
------------	----------	-----	-----

住 所	〒 都道 府県
-----	---------------

※ 対象となるのは、「滋賀県・京都府・大阪府・兵庫県・和歌山県・徳島県」のいずれかに住所がある方です。

ふりがな	氏：	名：
氏 名		
	(※旧姓)	
(※通称名)		

性 別	男
	女

※ 旧姓及び通称名は、免許証に併記を希望される場合のみ記入してください。

生 年 月 日	昭 和 平 成 西 暦					年				月			日
---------	-------------------	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	---

関西広域連合長 様

領収済証明書貼付欄
(5,300円)

※ 手数料納付後、納入通知書の領収印欄に「1」と記載のある部分を貼付してください。

准看護師免許申請手続

1 必要書類

- (1) 准看護師免許申請書
- (2) 金融機関の領収印が押印された領収済証明書（申請書に貼付）
- (3) 合格証書
 - ※ 免許証交付時に返却します。
 - ※ 関西広域連合施行の試験の合格者については、添付を省略できます。
- (4) 住民票（本籍の記載があり、個人番号（マイナンバー）の記載がないもの）又は戸籍抄（謄）本（**発行日から6か月以内**のものを添付してください。）
 - ※ 受験願書提出後、婚姻等により戸籍に変更があった場合、又は免許証に旧姓の併記を希望する場合は、住民票でなく氏の変更経過が確認できる戸籍抄本を添付してください。（変更の時期や回数によっては、除籍抄本や改製原戸籍抄本も必要となる場合があります。）
 - ※ 日本国籍を有しない方は、次の書類を添付してください。
 - ・ 中長期在留者、特別永住者：「住民票（国籍等の記載があり、個人番号（マイナンバー）の記載がないもの）」
 - ・ 短期在留者：「旅券その他の身分を証する書類の写し」（詳細は「日本の国籍を有しない方の添付書類」のとおり。）
- (5) 診断書（医師が記入したもの。指定様式による。）
 - ※ 視覚機能、聴覚機能、音声・言語機能、精神機能、麻薬、大麻又はあへんの中毒に関する診断書
 - ※ **発行日から1か月以内**のもの
 - ※ 医師の氏名欄には、余分な文言は記載しないでください。（例：「理事長」等は記載しないこと。）
- (6) 罰金以上の刑に処せられたことの有無の欄が「有」の場合、次の書類を申請書に添付してください。
 - a 罰金以上の刑にかかる判決謄（抄）本又は略式命令書
 - b 罰金刑の場合は、当該罰金にかかる領収証書（紛失した場合は、支払った旨の申立書。支払年月日、支払った場所等、詳細に記載すること。）
 - c 反省文
 - ※ ただし、次のいずれかに該当する場合は、申請書への記載及び上記の書類の添付は不要です。
 - 1) 消滅した刑の場合
 - ・ 禁錮以上の刑の執行を終わり又はその執行の免除を得た者が、罰金以上の刑に処せられないで10年を経過したとき
 - ・ 罰金以下の刑の執行を終わり又はその執行の免除を得た者が、罰金以上の刑に処せられないで5年を経過したとき
 - ・ 刑の免除の言渡しを受けた者が、その言渡しが確定した後、罰金以上の刑に処せられないで、2年を経過したとき
 - ・ 刑の執行猶予の言渡しを取り消されることなく猶予の期間を経過したとき
 - 2) 交通反則告知書（いわゆる「青切符」）による反則金（罰金刑でない。）の納付の場合
- (7) 准看護師試験合格後1年以上経過してから申請する場合は、現在まで准看護師の業務に従事していない旨の申立書（任意様式）を添付してください。

2 記入上の注意

- (1) 用紙の大きさは、日本産業規格A4としてください。
- (2) **ゴシック文字**の箇所は、いずれかを選択してください。
数字は右側に詰めて記入してください。 例「

	3	月		1	日
--	---	---	--	---	---

」
- (3) インク、ボールペン等（黒又は青に限る。）を用い、楷書（かいしよ）ではっきりと記入してください。
- (4) 「氏名」は、住民票又は戸籍上の表記により記入してください。
- (5) 免許証に旧姓の併記を希望される方は、戸籍抄本の記載を参照し、「（※旧姓）」に記入してください。
- (6) 日本国籍を有しない方で、免許証に通称名の併記を希望される場合は、住民票の記載を参照し、「（※通称名）」を記入してください。
- (7) 日本国籍を有しない方は、「本籍（国籍）」には国籍を記入し、「生年月日」は西暦で記入してください。
- (8) 申請内容についてお電話でお尋ねする場合がありますので、日中つながる電話番号を記入してください。

3 申請書類の提出

- ・ 免許申請書、添付書類の順に揃え、左肩をホチキス止めしてください。
- ・ 申請後、免許証を受け取るまでの間に住所等に変更が生じたときは、速やかに連絡してください。

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生 年 月 日	昭和 平成 西暦	年 月 日	年 令	才
※ 日本国籍を有しない方については、生年月日を西暦で記入してください。				
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	<input type="checkbox"/> 該当しない	<input type="checkbox"/> 該当する		
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		
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		
4 精神機能				
精神機能の障害	<input type="checkbox"/> 該当しない	<input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要		
5 麻薬、大麻又はあへんの中毒				
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
診 断 年 月 日	令和 年 月 日			
医 師 ※ 余分な文言は記載しないでください。 例： ×「理事長 氏名」	病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称 (正確に記載すること)			
	所 在 地	TEL		
	氏 名	(印)		

【注意事項】

※**ゴシック文字**の箇所は、必ずいずれかを選択してください。

※業務を行うに当たり支障がないと診断した場合は、「該当しない」を選択してください。

なお、既往歴があっても業務を行うに当たり支障がないと診断した場合は「該当しない」を選択してください。

※「該当する」又は「専門家による判断が必要」に☑のある場合は、以下を参照してください。

(1) 専門医による詳細な診断書を別途ご用意の上、併せて提出してください。

(2) 診断書には、下記の内容を記入してください。

- ・診断名 ・現在の具体的な治療内容(治療期間、服薬名および量)
- ・症状の安定性(補助的又は代替手段があればその具体的内容)
- ・認知、判断及び意思疎通についての総合的判断(※精神機能の障害により専門家による判断が必要な者)
- ・業務への支障の程度 ・その他特記事項(あれば記入してください。)

※診断医師の氏名欄について、診断医師の自筆でない場合には、必ず**診断医師個人の印(私印)**を押印してください。