

沖縄県准看護師試験受験資格認定願

よみがな		性別	生年月日
名前			年 月 日

国(本)籍		免許取得国		免許登録機関	
-------	--	-------	--	--------	--

認定を申請する免許の種類	国家試験を受験した年/月	当該免許を取得した年/月	登録有効期間 年/月
	年 月	年 月	年 月

卒業した看護師学校養成所	卒業 年/月
	年 月

基礎学歴			看護師学校養成所の 修業年限	日本語能力試験N1の合格年/月
小学校	中学校	高校		
年	年	年	年	年 月

認定結果郵送先住所			
〒		都道	
		府県	

* 原則現住所を記載

氏名		電話 番号	
----	--	----------	--

上記とは異なる連絡先			
〒		都道	
		府県	

氏名		電話 番号	
----	--	----------	--

続柄	
----	--

沖縄県准看護師試験を受験するため別添のとおり関係書類を添えて資格認定を申請する。

年 月 日

沖縄県知事 殿