

准看護師免許証の氏名に旧姓の併記を希望される方へ

令和元年 6 月 4 日

東京都福祉保健局医療政策部医療人材課免許担当

○令和元年 6 月 1 日より保健師助産師看護師法施行細則（昭和二十七年東京都規則第三十二号）の一部が改正され、東京都准看護師免許証の氏名に旧姓を併記することが可能になりました。

○改正に伴い、各種申請書様式にも旧姓併記の希望の有無を記載する欄の追加等、変更があるので、掲載した P D F により御確認ください。

○改正前の旧様式を使用する場合には、3 頁から 6 頁に記載した「旧様式への記載方法について（見本）」を参考に申請書の作成をお願いします。

○改正後の新様式を使用する場合には、7 頁から 1 0 頁に記載した「新様式への記載方法について（見本）」を参考に申請書の作成をお願いします。

○旧姓併記希望をした場合の手数料の取扱いについて

各種申請	同時に必要な申請	手数料
新規免許申請＋旧姓併記	—	6,400
籍訂正・書換え交付申請＋旧姓併記	—	4,300
再交付申請＋旧姓併記	書換え交付申請	(※)9,300
書換え交付申請(既存の免許証に旧姓を追記)	—	4,300

(※) 再交付申請手数料 5,000 円に加えて、書換え交付申請手数料 4,300 円がかかります。
なお、紛失時の免許証の記載内容に変更がない場合の手数料は通常通り 5,000 円です。

○旧姓併記希望をした場合の申請書添付書類の取扱いについて

① 新規免許申請＋旧姓併記 ※1	①申請等控兼事務連絡票 ②准看護師免許申請書 ③診断書 ④准看護師試験合格証書写し ⑤変更事項を証する戸籍抄(謄)本(外国籍の方は、住民票及び変更事項を証する書類) ⑥登録済証明書用はがき(希望者のみ) ⑦手数料(現金 6,400 円)
② 籍訂正・書換え交付申請＋旧姓併記	【旧姓併記を希望しない場合と変更なし】
③ 再交付申請＋旧姓併記 ※2	①申請等控兼事務連絡票 ②准看護師免許証再交付申請書 ③准看護師籍訂正・免許証書換え交付申請書 ④変更事項を証する戸籍抄(謄)本(外国籍の方は、住民票及び変更事項を証する書類) ⑤准看護師免許証の再交付に関する調査及び意見書 ⑥准看護師免許証(損傷の場合)又は准看護師免許証の写し(ある場合のみ) ⑦手数料(東京都知事免許の場合、現金 9,300 円)
④ 書換え交付申請(既存の免許証に旧姓を追記)	①申請等控兼事務連絡票 ②准看護師籍訂正・免許証書換え交付申請書 ③変更事項を証する戸籍抄(謄)本(外国籍の方は、住民票及び変更事項を証する書類) ④准看護師免許証 ⑤手数料(東京都知事免許の場合、現金 4,300 円)

※1 新規申請にて免許証の氏名に旧姓併記を希望される場合には、住民票の写しではなく、必ず本籍または氏名の経過変更が確認できる戸籍抄(謄)本を添付してください。

※2 再交付前の免許証に旧姓が併記されていない方は、再交付申請のみでは新たに旧姓を併記することはできません。「書換え交付申請」も併せて行ってください。

なお、紛失時の免許証の記載内容に変更がない場合の添付書類は、通常の再交付申請と同じです。

旧様式への記載方法について（見本）
【新規申請で旧姓併記希望の場合】

※登録番号	記載不要
※登録年月日	

准看護師免許申請書

平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日	東京都	都道府県	試験合格	受験番号	第 ○○○○○ 号
----------------	-----	------	------	------	-----------

- 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、准看護師免許を申請します。

令和○ 年 ○ 月 ○ 日

本籍 (国籍)	神奈川県
------------	------

住所	東京都立川市柴崎町0-0-0
電話番号	042 (512) 3456

ふりがな (姓)	あらた	(名)	きょうこ	印
氏名	新		京子	

旧姓併記を希望する。
（旧姓）古

生年月日	昭和 平成 四暦	○ 年 ○ 月 ○ 日
------	-----------------------	-------------

東京都知事殿

（注意）氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記入してください。

※東京都受付印	※保健所受付印等

旧姓併記を希望する
場合のみ記載

旧様式への記載方法について（見本）
【再交付申請で旧姓併記希望の場合】

准看護師免許証再交付申請書

登 録 番 号	第 〇〇〇〇〇 号	登録年月日	昭和 平成	〇 年 〇 月 〇 日
---------	-----------	-------	----------	-------------

本 籍 (国 籍)	神奈川県	都 道 府 県
--------------	------	------------

ふりがな	(姓) あらた	(名) きょうこ
氏 名	新	京子

旧姓併記を希望する。
(旧姓) 古

旧姓併記を希望する
場合のみ記載

生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和	〇 年 〇 月 〇 日
---------	----------------------	-------------

免 許 取 得 資 格	昭和 平成	〇 年 〇 月 〇 日	東京都	都道府県試験合格
(上記試験以外により免許を受けた者にあつては、その資格)				

上記の准看護師免許証を(損傷・亡失)したので、関係書類を添えて免許証の再交付を申請します。

令和〇 年 〇 月 〇 日

住 所	東京都立川市柴崎町〇-〇-〇		
電 話 番 号	042	(512)	3456
氏 名	新 京子	印	

東京都 知事 殿

(注意) 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記入してください。

※ 都 道 府 県 受 付 印	※ 保 健 所 受 付 印 等

旧様式への記載方法について（見本）
【籍訂正・書換え交付申請で旧姓併記希望の場合】

准看護師籍訂正・免許証書換え交付申請書

登 録 番 号	第 〇〇〇〇〇 号	登録年月日	昭和 平成	〇 年 〇 月 〇 日
変更を生じた事項				
	変 更 前	変更後（第1回）		変更後（第2回）
本 籍 (国籍)	埼 玉 都 道 府 県	神 奈 川 都 道 府 県		都 道 府 県
ふりがな	(姓)いにしえ (名きょうこ)	(姓)あらた	(名きょうこ)	(姓) (名)
氏 名	古 京子	新 京子		
生年月日	大正 昭和 平成 西暦	〇 年	大正 昭和 平成 西暦	年 月 日
変更の事由		婚姻		

旧姓併記を希望する
場合のみ記載

旧姓併記を希望する。
（旧姓）古

上記により、准看護師籍に変更が生じたので、准看護師籍の訂正・免許証書換え交付を申請します。
令和〇 年 〇 月 〇 日

住 所	東京都立川市柴崎町0-0-0		
電話番号	042 (512) 3456		
氏 名	新 京子	印	

東京都 知事 殿

（注意）氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記入してください。

※ 都 道 府 県 受 付 印	※ 保 健 所 受 付 印 等

旧様式への記載方法について（見本）

【書換え交付申請（現行の免許証に新たに旧姓の記載を希望する場合）】

書換えのみの場合は籍
訂正を二重線で消す。

准看護師~~籍訂正~~・免許証書換え交付申請書

登 録 番 号	第 〇〇〇〇〇 号	登録年月日	昭和 平成 〇 年 〇 月 〇 日
---------	-----------	-------	----------------------

変更を生じた事項

	変 更 前		変更後（第1回）		変更後（第2回）	
本 籍 (国籍)	神奈川 都 道 府 県		神奈川 都 道 府 県		都 道 府 県	
ふりがな	(姓) あらた	(名) きょうこ	(姓) あらた	(名) きょうこ	(姓)	(名)
氏 名	新	京子	新	京子		
生年月日	大正 昭和 平成 西暦	〇 年 〇 月 〇 日	大正 昭和 平成 西暦	年 月 日	旧姓併記を希望する。 (旧姓) 古	

変更の事由	旧姓併記
-------	------

上記により、准看護師籍に変更が生じたので、准看護師籍の訂正・免許証書換え交付を申請します。

令和〇 年 〇 月 〇 日

住 所	東京都立川市柴崎町0-0-0		
電話番号	042 (512) 3456		
氏 名	新 京子	印	

東京都 知事 殿

（注意）氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記入してください。

※ 都 道 府 県 受 付 印	※ 保 健 所 受 付 印 等

新様式への記載方法について（見本）

新規申請で旧姓併記を希望する場合

※登録番号

※登録年月日

記載不要

准看護師免許申請書

〇〇年 〇月施行	東京 都道府県	試験合格	受験番号	第 〇〇〇 号
----------	---------	------	------	---------

1から4まで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

4 旧姓併記の希望の有無

有 無

上記により、准看護師免許を申請します。

令和〇年 〇月 〇日

本 籍 (国籍)	神奈川	都道府県
-------------	-----	------

住 所	東京都立川市柴崎町〇-〇-〇
電 話 番 号	〇 4 2 (5 1 2) 3 4 5 6

ふりがな	(姓) あらた	(名) きょうこ	印
氏 名	新	京子	新
	(旧姓) 古		
通 称 名			

生 年 月 日	昭和 平成 西暦	〇年 〇月 〇日
---------	----------------	----------

東京都知事殿

(注意) 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記入してください。

※東京都受付印	※保健所受付印等

新様式への記載方法について（見本）
籍訂正・書換え申請で旧姓併記を希望する場合

准看護師籍訂正・免許証書換え交付申請書

登 録 番 号	第 〇〇〇〇〇 号	登録年月日	昭和 平成	〇年 〇月 〇日
---------	-----------	-------	-----------------	----------

変更を生じた事項

	変 更 前	変 更 後 (第 1 回)	変 更 後 (第 2 回)
本 籍 (国籍)	埼玉 都道府県	神奈川 都道府県	都道府県
ふりがな	(姓)いにしえ (名)きょうこ	(姓)あらた (名)きょうこ	(姓) (名)
氏 名	古 京子	新 京子	
	(旧姓)	(旧姓) 古	(旧姓)
旧姓併記の希望	有 ・ 無		有 ・ 無
通 称 名			
生年月日	大正昭和 平成西暦	大正昭和 平成西暦	

変 更 の 事 由	婚姻
-----------	-----------

上記により、准看護師籍訂正・免許証書換え交付を申請します。

令和〇年 〇月 〇日

住 所	東京都立川市柴崎町〇-〇-〇		
電話番号	〇 4 2 (5 1 2) 3 4 5 6		
氏 名	新 京子	印	新

東京都 知事 殿

(注意) 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記入してください。

※都道府県受付印	※ 保 健 所 受 付 印 等

新様式への記載方法について（見本）再交付申請で旧姓併記を希望する場合

准看護師免許証再交付申請書

登 録 番 号	第 〇〇〇〇〇 号	登録年月日	昭和 平成	〇年 〇月 〇日
---------	-----------	-------	----------	----------

本 籍 (国 籍)	神奈川県
--------------	------

ふ り が な	(姓) あらた	(名) きょうこ
氏 名	新	京子
旧姓併記希望 有・無	(旧姓) 古	
通 称 名		

※新たに旧姓併記を希望される方は同時に書換え申請が必要です。

生 年 月 日	大正 昭和 平成 西暦	〇年 〇月 〇日
---------	----------------------	----------

免許取得資格	昭和 平成	〇年 〇月施行	東京都	都道府県試験合格
	(上記試験以外により免許を受けた者にあつては、その資格)			

上記の准看護師免許証を(損傷・亡失)したので、関係書類を添えて免許証の再交付を申請します。

令和〇年 〇月 〇日

住 所	東京都立川市柴崎町〇-〇-〇		
電話番号	〇 4 2 (5 1 2) 3 4 5 6		
氏 名	新 京子	印	新

東京都 知事 殿

(注意) 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記入してください。

※都 道 府 県 受 付 印	※ 保 健 所 受 付 印 等

新様式への記載方法について（見本）
書換え交付申請で旧姓併記を希望する場合

書換えのみの場合は籍
訂正を二重線で消す。

准看護師籍訂正・免許証書換え交付申請書

登 録 番 号	第 〇〇〇〇〇 号	登録年月日	昭和 平成	〇年 〇月 〇日
---------	-----------	-------	----------	----------

変更を生じた事項

	変 更 前		変 更 後 (第 1 回)		変 更 後 (第 2 回)	
本 籍 (国籍)	神奈川県		神奈川県		都道府県	
ふりがな	(姓)あらた	(名)きょうこ	(姓)あらた	(名)きょうこ	(姓)	(名)
氏 名	新	京子	新	京子		
	(旧姓)		(旧姓) 古		(旧姓)	
旧姓併記の希望			有 ・ 無		有 ・ 無	
通 称 名						
生年月日	大正 昭和 平成 西暦	〇年 〇月 〇日	大正 昭和 平成 西暦	年 月 日		

変 更 の 事 由	旧姓併記
-----------	------

上記により、准看護師籍訂正・免許証書換え交付を申請します。

令和〇年 〇月 〇日

住 所	東京都立川市柴崎町〇-〇-〇		
電話番号	〇 4 2 (5 1 2) 3 4 5 6		
氏 名	新 京子	印	新

東京都 知事 殿

（注意）氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記入してください。

※都道府県受付印	※保健所受付印等