

准看護師籍訂正・免許証書換え交付申請について

東京都福祉保健局

戸籍（本籍、氏名等）に変更が生じた場合、30日以内に籍訂正・書換え交付申請をしてください。登録の籍を訂正し、免許証を変更後の本籍、氏名に書き換えて交付します。

なお、本用紙は籍訂正・免許証書換えの手続の御案内になりますので、各自保管しておいてください。

1 免許（新規登録）申請時における、申請者の住所地の都道府県知事が免許権限者になります。

（免許権限者：免許を与え、「籍」の管理と免許証の交付をする者）

※ 免許（新規登録）申請時の都道府県知事が、その後も引き続き准看護師の「籍」を管理します。

2 籍訂正・免許証書換え交付申請手続について

申請に当たっての必要書類及び書き方等については、「遅延理由書」に記載していますので、次の留意点と併せて熟読し誤りのないようにしてください。

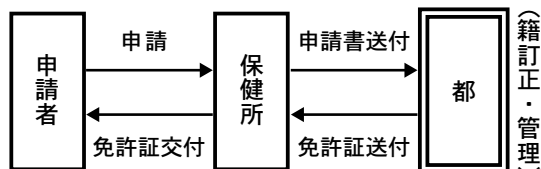
【籍訂正・免許証書換え交付申請時の提出書類】

※就業地（就業していない場合は住所地）を管轄する保健所へ提出してください。

- ① 申請等控兼事務連絡票（以下「連絡票」といいます。）
- ② 准看護師籍訂正・免許証書換え交付申請書（以下「申請書」といいます。）
- ③ 遅延理由書（提出期限を過ぎている場合のみ）
- 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
- ⑥ 手数料（東京都知事免許の場合、現金4,300円）

①～⑤の順にそろえ、左側のホチキス位置で止める。

<免許証交付までの流れ>



<籍訂正・免許証書換え交付申請時の留意点>

- ① 連絡票は、東京都内の保健所で申請する場合にのみ使用します。
- ② 連絡票、申請書及び遅延理由書に記入する氏名は、添付する戸籍抄（謄）本（外国籍の方は、住民票）に記載されているとおりに、正確に記入してください。
- ③ 連絡票及び申請書に記入する住所は、同一にしてください。
- ④ 申請書の都道府県知事記入箇所には、最初に免許証の交付を受けた都道府県名を記入してください。
- ⑤ 免許証を亡失又は損傷した場合は、再交付の申請手続を同時にしてください。
- ⑥ 戸籍抄（謄）本（外国籍の方は、住民票）は、発行日から6か月以内のものを添付してください。

現在お持ちの准看護師免許証に記載されている事項と、今回変更しようとする事項の両方が確認できるもの。（戸籍を複数回移動している場合や氏名を複数回変えた場合などは、除籍抄（謄）本や改製原戸籍が必要になります）

申請等控兼事務連絡票の記入例

申請等控兼事務連絡票				
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・ <u>籍訂正・書換え</u> ・抹消・返納・その他			
登録番号	第 〇〇〇〇〇 号	登録年月日	大正 〇〇 年 〇 月 〇 日	
区分	厚生労働大臣・東京都知事・ <u>神奈川</u> 道府知事			
現在の申請者の氏名等	ふりがな（姓）	あずま（名）みよこ		
本籍 （国籍）	氏名	東	京子	
	※免許証			
生年月日	大正 〇〇 年 〇 月 〇 日			
住所	東京都八王子市旭町 〇〇-〇〇			
電話番号	042 (6 / 2) 3456			
連絡先名 （勤務先等）	西新宿病院 ×× 病棟			
電話番号	03 (5320) 1111 内線 567			
※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. 申請書 3. 免許証書（等）の写し 4. 戸籍・除籍抄（謄）本、改製原戸籍 5. 申請書 6. 准看護師免許証（写し） 7. 遅延理由書 8. 所管官に添付する調査票及び印鑑 9. その他 書類整備完了 年 月 日
再交付日	再交付日			

<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。

- ⑦ 籍の訂正後、免許証の交付まで期間を要するので、希望する方には登録済証明書を発行します。登録済証明書の発行を希望する場合は、所定の登録済証明書用郵便はがきの表面に確実に届く受取先の住所及び氏名を記入し、裏面は氏名欄のみ記入の上、切手を貼り、申請書裏面に「クリップ」で止めてください。通常はがき利用の場合は、裏面は白紙のままにしてください。
- また、申請後に転居した場合、郵便局に転居届を提出し郵便物が転送されるようにしてください。
- ⑧ 書類に不備があると手続が遅れます。不備がある場合には電話で連絡をしますので、連絡先には確実に連絡がとれる電話番号を必ず記入してください（勤務先に内線がある場合は、内線番号も記入してください。）。
- ⑨ 外国籍の方で住民票をお持ちでない場合は、申請する保健所に御相談ください。

3 免許証受領後の留意点

- ① 免許証は、申請した保健所を通じて交付します。
- ② 免許証の交付を受けたら、免許証に記載されている文字等に間違いがないかを確認してください。誤記がありましたら、速やかに交付した保健所窓口申し出てください。ただし、氏名については、俗字・略字を正字に置き換える場合があります。（氏名の記載については、下記参照）
- ③ 免許証は、紛失等しないようにしてください。万一、再交付を必要とする場合に備えて、登録番号や登録年月日、交付年月日等を控えるなどし、免許証とは別に保管しておいてください。

※ 下記の手続の際は、事前に就業地（就業していない場合は住所地）を管轄する保健所（又は道府県）にお問い合わせください。

申請内容等	手続	手数料等（注）
【再交付申請】 ・免許証を亡失又は損傷した場合	・随時申請することができます。 ・籍に登録されている事項による免許証を再度交付します。	<東京都の場合> 5,000円（現金）
【免許証返納】 ・亡失した免許証を発見した時や免許の取消処分を受けた時	・旧免許証を <u>5 日以内</u> に返納しなければなりません。	
【籍登録抹消申請】 ・准看護師が死亡し、又は失踪の宣告を受けた時	・戸籍法による届出義務者は、 <u>30 日以内</u> に籍の登録の抹消を申請しなければなりません。	

（注）各道府県で手数料が異なります。

※ 氏名の記載について

- (1) 氏名欄は戸籍抄（謄）本を参照して記入してください。籍登録は戸籍抄（謄）本に記載されている文字で登録を行いますが、免許証は俗字・略字については正字に置き換えて印字しますので、あらかじめ御了承ください。
- 印字できない漢字の例（→は置き換え後の漢字）
- 𠂔→𠂔、吉→吉、廣→廣、片→片、角→角、面→西、原→原、脇→脇
- (2) 外国籍の方で、住民票の氏名表記にローマ字と漢字（仮名を含む。）を使用した氏名が併記されている方は、免許証への表記を希望するいずれかの文字の氏名を記入してください。

准看護師籍訂正・免許証書換え交付申請書

登 録 番 号	第	号	登録年月日	昭和 平成	年	月	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)	都道府県			都道府県		
ふりがな	(姓)		(名)	(姓)	(名)	
氏 名						
	(旧姓)		(旧姓)		(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	年		大正 昭和 平成 西暦	年	
		月	日		月	日

変 更 の 事 由	
-----------	--

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。

____年____月____日

住 所			
電話番号	()		
氏 名		印	

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）
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 〇年 〇月 〇日	大正昭和 平成西暦 年 月 日	

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）
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