

# 准看護師免許申請書

高 知 県  
収 入 証 紙  
は り 付 け 箇 所

- 1 県（都道府） 年 月施行准看護師試験合格  
受験番号
- 2 罰金以上の刑に処せられたことはありません。（あるときは、その罰、刑  
及び刑の確定年月日）
- 3 准看護師の業務に関し犯罪又は不正の行為を行なったことはありません。  
（あるときは、違反の事実及び年月日）

上記により、准看護師免許を受けたいので申請します。

年 月 日

本 籍 所  
住 所  
氏 名

印

電話番号

年 月 日生

高知県知事

様

高知県の受付印	保健所の受付印

## 備 考

- 1 次の書類を添えてください。
  - (1) 戸籍謄本又は戸籍抄本
  - (2) 診断書（耳が聞こえない者、口がきけない者、目が見えない者、精神病患者、麻薬、あへん若しくは大麻の中毒者又は伝染性の疾病に関する診断書で発行の日から1箇月以内のもの）
  - (3) 准看護師試験の合格証書の写し（高知県以外の都道府県の行った准看護師試験に合格した場合）
- 2 高知県収入証紙には、消印をしないでください。

# 診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生年月日	大正 昭和                      年           月           日	年 令	才	
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>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          該当する場合において補助的（又は代替）手段があればその内容（できるだけ具体的に）</p> <hr/> <p>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          該当する場合において補助的（又は代替）手段があればその内容（できるだけ具体的に）</p> <hr/> <p>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          該当する場合において補助的（又は代替）手段があればその内容（できるだけ具体的に）</p> <hr/> <p>4 精神機能          精神機能の障害  <input type="checkbox"/> 明らかに該当なし    <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要          専門家による判断が必要な場合において診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に）</p> <hr/> <p>5 麻薬、大麻若しくはあへんの中毒  <input type="checkbox"/> なし  <input type="checkbox"/> あり</p>				
診断年月日	平成    年    月    日	※詳細については別紙も可		
医 師	病院、診療所 等 の 名 称			
	所 在 地	TEL		
	氏 名	Ⓜ		