

※登録番号	
※登録年月日	

## 准看護師免許証返納書

登録番号	第 号
免許証を発見した年月日 免許取消処分を受けた年月日	令和 年 月 日

上記のとおり { 亡失した免許証を発見したので、亡失に係る免許証  
免許取消処分を受けたので、免許証 } を返納します。

年 月 日

住所		
電話番号	( )	
氏名		

知事 殿

※都道府県受付印	※保健所受付印等