

登録済証明書

氏名	
登録番号	第 号
登録年月日	年 月 日

上記のとおり准看護師籍に登録されたことを証明する。

年 月 日

神奈川県健康医療局保健医療部
保健医療人材担当課長 印

登録済証明書の交付を希望される方へ

左の用紙に「氏名欄のみ」記入し、切り取り線で切り離した上、切手を貼った返信用封筒と一緒に申請書へ添付してください。

キ

リ

ト

リ