**愛知県准看護師試験受験資格認定願**

※　年月日は西暦で記入すること。

写真貼付欄

(4cm×3cm)

　写真は申請前６か月以内に脱帽正面で撮影した者に限る。

※　外国籍の方は氏名をアルファベットで記載すること。

|  |  |
| --- | --- |
| よみがな |  |
| 氏　名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 生　年　月　日 |  | 国　籍 |  |
| 　　　　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定を申請する免許の種類 |  | 免許取得国 |  |  | 免許登録機関 |  |
| 看護師 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 国家試験に合格した年／月 |  | 当該免許を取得した年／月 |  | 登録有効期限年／月 |
| 年　　　月 | 年　　　月 | 年　　　月 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 基　礎　学　歴 | 卒業した小学校 | 入学年／月 | 卒業年／月 | 修業年限 |
|  | 年　　　月 | 年　　　月 | 年 |
| 卒業した中学校 | 入学年／月 | 卒業年／月 | 修業年限 |
|  | 年　　　月 | 年　　　月 | 年 |
| 卒業した高校 | 入学年／月 | 卒業年／月 | 修業年限 |
|  | 年　　　月 | 年　　　月 | 年 |
| 卒業した看護師学校養成所 | 入学年／月 | 卒業年／月 | 修業年限 |
|  | 年　　　月 | 年　　　月 | 年 |

※　上記以外に短期大学・大学・大学院などを卒業した場合は、以下を記載すること

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 卒業した短期大学・大学・大学院など | 入学年／月 | 卒業年／月 | 修業年限 |
|  | 年　　　月 | 年　　　月 | 年 |
| 卒業した短期大学・大学・大学院など | 入学年／月 | 卒業年／月 | 修業年限 |
|  | 年　　　月 | 年　　　月 | 年 |
| 卒業した短期大学・大学・大学院など | 入学年／月 | 卒業年／月 | 修業年限 |
|  | 年　　　月 | 年　　　月 | 年 |
| 卒業した短期大学・大学・大学院など | 入学年／月 | 卒業年／月 | 修業年限 |
|  | 年　　　月 | 年　　　月 | 年 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 【総計】履修単位・時間 | 【基礎科目】履修単位・時間 | 【専門基礎科目】履修単位・時間 | 【専門科目】履修単位・時間 |
| 単位 | 時間 | 単位 | 時間 | 単位 | 時間 | 単位 | 時間 |
| 日本語能力試験N1の最終受験年／月 |
| 年　　　　　月 |

|  |
| --- |
| 愛知県准看護師試験受験資格認定申請理由（目的） |
|  |

|  |
| --- |
| 国内の連絡先（認定結果の送付先） |
| ① | 〒　　　　－　　　　　 | 都道府県 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 電話番号 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 続柄 |  |

|  |
| --- |
| 上記以外の連絡先 |
| ② | 〒　　　　－　　　　　 | 都道府県 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 電話番号 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 続柄 |  |

※　必ず連絡がとれる電話番号を記入してください。

※　①は認定書の郵送先となるため、日本国内の住所を記載してください。

※　②申請後、日本へ在留しない方は国外の連絡先を記載してください。

愛知県准看護師試験を受験するため、別添のとおり関係書類を添えて資格認定を申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　署名

　　愛知県知事　殿