

様式第6号

准看護師免許証返納書

登録番号	
登録年月日	

*	免許証を発見した	年月日	年 月 日
	免許取消処分を受けた		

上記のとおり

*	亡失に係る免許証
	免許証

を返納します。

年 月 日

住所	
電話	
氏名	

茨城県知事 殿

- 備考
- 1 \*欄は該当する方を○で囲むこと。
  - 2 返納期限（5日）を過ぎたときは、遅延理由書を添付すること。