

# 准看護師免許返納書

年 月 日

北海道知事様

住所	
氏名	

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

1 登録番号

2 { 免許証を発見した  
免許取消処分を受けた } 年月日 年 月 日

北海道の受付印	保健所の受付印	支所の受付印

備考 1 用紙は、日本産業規格A4とすること。

2 返納期間 5日以内