

証明願

令和 7年 5月 1日

(宛先) 川崎市保健所長

住所 川崎市川崎区宮本町1

氏名 川崎 花子

電話番号 090-1234-5678

生年月日 昭和・平成 7年 7月 7日

次のとおり 看護師 免許証の (新規・再交付・書換) 申請中であることを証明願います。

1 受付年月日 令和 7年 5月 1日

2 登録年月日 昭和・平成 令和 30年 4月 1日

3 登録番号 第 1234567 号

4 本籍地及び氏名

新規・再交付の場合

本籍 (都道府県)

氏名

書換の場合

<変更前>

本籍 (都道府県) 北海道

氏名 札幌 花子

<変更後>

本籍 (都道府県) 神奈川県

氏名 川崎 花子

5 証明が必要な理由

ア 就職先等の諸手続きに使用するため

イ その他 ()

川崎市証明 衛第 号

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

川崎市保健所長 林 露子