

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

☒ 就職先等の諸手続きに使用するため

☐ 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