

様式第17号(第16条関係)

修学資金決定番号	第	号
----------	---	---

免 許 取 得 届

年 月 日

福岡県知事 殿

住 所

氏 名

勤務先電話番号

自宅電話番号

※記名押印又は署名

下記のとおり免許を取得しましたので、お届けします。

看護職員の 免許の種類	
登録番号	
登録年月日	
厚生省又は 登録都道府県名	

備考 免許証の写しを添付すること。