

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生年月日	年 月 日	年 令	才	
上記の者について、下記のとおり診断します。				
1 視覚機能				
目が見えない <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する				
該当する場合において補助的(又は代替)手段があればその内容(できるだけ具体的に)				
2 聴覚機能				
耳が聞こえない <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する				
該当する場合において補助的(又は代替)手段があればその内容(できるだけ具体的に)				
3 音声・言語機能				
口がきけない <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する				
該当する場合において補助的(又は代替)手段があればその内容(できるだけ具体的に)				
4 精神機能				
精神機能の障害 <input type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要				
専門家による判断が必要な場合において診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況(できるだけ具体的に)				
5 麻薬, 大麻若しくはあへんの中毒				
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
診断年月日	年 月 日			
医 師	病院, 診療所又は介護老人保健施設等の名称			
	所 在 地	TEL		
	氏 名			

准看護師免許申請手続き

- 1 住所地を所管する保健所で申請すること。
- 2 県外の都道府県知事が行った准看護師試験に合格した者は, 受験番号を記入しないこと。
- 3 鹿児島県手数料徴収条例に定める額の鹿児島県収入証紙を, 収入証紙貼付欄にはり付けること。
その場合, 鹿児島県収入証紙は, 押印等で消印しないこと。
- 4 日本国籍を持たない者は, 戸籍抄(謄)本に代えて住民票抄本を添付すること。
- 5 診断書は, 診断した病院, 診療所又は介護老人保健施設等の医師が記載すること。