|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 様式第4号  指定証再交付申請書  年　　月　　日  　茨城県知事　　殿  申請者氏名  年　　　月　　　日生  　本籍  　住所  1　助産師、看護師、保健師の別  2　認定講習の名称及び終了年月日  3　前に受けた指定証の番号及び発行者並びに年月日 | | |
| のため前に交付を受けた指定証を | 損傷 | しましたので再交付を願いたく申請します。 |
| 亡失 |
|  | | |
| (記載上の注意)　本文中前の空白個所には損傷又は亡失の理由を簡単明確に記入、「損傷」「亡失」のいずれか該当しない字句を抹消すること。 | | |