

※ 登 録 番 号	
※ 登 録 年 月 日	

准看護師籍登録抹消申請書

登 録 番 号	第 号	登録年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
---------	--------------------------	-------	---

登録者の本籍 (国籍等)	都 道 府 県
-------------------	------------

ふ り が な	(姓)	(名)
登録者の氏名		

登 録 者 の 生 年 月 日	大正 昭和 平成 西暦 年 月 日
-----------------	---

抹 消 理 由 の 生 じ た 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日
--------------------------	---

抹 消 理 由	死 亡 、 失 踪 、 その他 ()
---------	--

上記により、准看護師籍の登録を抹消したいので、免許証及び関係書類を添えて申請します。

年 月 日

住 所			
氏 名		登録者との続柄	

知事 殿

※都道府県受付印	※ 保 健 所 受 付 印 等