

※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)	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