

|         |
|---------|
| 受 付 印 欄 |
|         |

## 准看護師籍登録抹消申請書

(宛先)

知事

平成 年 月 日  
(〒 - )

届出人の住所

届出人の氏名

登録者との続柄

届出人の電話番号 自宅 (携帯) ( )

職場 ( )

下記により関係書類を添えて准看護師籍の登録の抹消を申請します。

|               |                |       |          |   |   |   |
|---------------|----------------|-------|----------|---|---|---|
| 登録番号          | 第 号            | 登録年月日 | 昭和<br>平成 | 年 | 月 | 日 |
| 抹消理由          | 本人申請 死亡 失踪     |       |          |   |   |   |
| 抹消理由<br>年 月 日 | 昭和<br>平成 年 月 日 |       |          |   |   |   |
| ふりがな          | (氏)            |       | (名)      |   |   |   |
| 登録者の<br>氏 名   |                |       |          |   |   |   |
| 生年月日          | 昭和<br>平成 年 月 日 |       |          |   |   |   |

(注意)

- 1 氏名は記名押印又は署名のいずれかにより記入すること。
- 2 ふりがなを必ず記入すること。
- 3 外国籍の人は生年月日を西暦で記入すること。