

准看護師籍登録抹消申請書

登録番号	第	号	登録年月日	年	月	日
------	---	---	-------	---	---	---

登録者の本籍 (国籍)	都道府県
----------------	------

ふりがな	(氏)	(名)
登録者の氏名		

登録者の生年月日	年	月	日
----------	---	---	---

抹消理由の 生じた年月日	年	月	日
-----------------	---	---	---

抹消理由	死亡、失そう、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 続き柄	

広島県知事 様

注 1 該当する文字を○で囲むこと。

2 用紙の大きさは、日本産業規格A列4とする。

備考 死亡又は失そうの宣告を受けたことによる登録の抹消(削除)申請の場合は、死亡診断書、死体検案書若しくは戸籍謄(抄)本又は失そう宣告を受けたことを証する書類を添付すること。