

准看護師籍登録抹消申請書

年 月 日

山梨県知事 殿

住 所

登録者との続柄

(ふりがな)

氏 名



1 登録者の氏名及び生年月日

(ふりがな)

氏 名

年

月

日生

2 登録番号 第 号

3 登録年月日 年 月 日

4 抹消申請の事由

5 抹消申請の生じた年月日 年 月 日

上記により准看護師籍の登録を抹消されたく免許証及び関係書類を添えて申請します。

- 備考
- 1 青色又は黒色のインクを用い、かい書ではっきりと書くこと。
  - 2 死亡又は失踪の宣告を受けたことによる登録の抹消申請の場合には、死亡診断書、死体検案書若しくは戸籍謄（抄）本又は失踪宣告を受けたことを証する書類を添付すること。この場合、提出期限（30日）を過ぎたときは、遅延理由書も添付すること。

連絡先 電話番号