

准看護師籍登録抹消申請書

1. 登録者の氏名及び生年月日
2. 登録番号
3. 登録年月日
4. 抹消申請の事由
5. 抹消申請の生じた年月日

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

_____年_____月_____日

住所

登録者との続柄

氏名

都道府県知事 様

県の受付印	保健所の受付印

申立書

届出者氏名 _____

准看護師籍（名簿）登録抹消申請にあたり、免許証を添付しなければならないところ、

_____のため添付できません。

当該免許証を発見した際には、ただちに返納いたします。

_____年_____月_____日

都道府県知事 様

遅延理由書

届出者氏名 _____

_____（登録者氏名）は、_____年_____月_____日_____しましたので、

30日以内に申請をしなければいけないところ、（法を 不知・失念・ _____）のため

今日まで遅延いたしました。

_____年_____月_____日

都道府県知事 様