

様式第3号（第4条関係）

准看護師籍（名簿）登録抹消（消除）申請書

1

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

2

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

3

ふりがな	(氏)	(名)
登録者の氏名		

4

登録者の生年月日	年	月	日
----------	---	---	---

5

抹消（消除）理由 の生じた年月日	年	月	日
---------------------	---	---	---

6

抹消（消除）理由	死亡 ・ 失踪 ・ その他
----------	---------------

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

年 月 日

住所	〒 都道府県 市郡		
氏名			続柄
電話番号			

島根県知事 様

添付書類

- 1 免許証の原本（免許証を紛失し提出できないときは、申立書）
- 2 死亡又は失踪を確認できる書類
- 3 死亡又は失踪の場合において、提出期限（30日）を過ぎたときは、遅延理由書

※島根県の受付印	※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（消除）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

島根県知事 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ならないところ、（法令を不知・失念・_____）のため、今日まで

遅延いたしました。

年 月 日

島根県知事 様