

※手数料不要

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	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
------	-----------	-------	-------------

2

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

3

ふりがな	(氏) おおもり	(名) きん	戸籍どおりの字で記入。
登録者の氏名	大森	金	

4

登録者の生年月日	昭和〇〇年××月××日	日本国籍の方は元号、 外国籍の方は西暦で記入。
----------	-------------	----------------------------

5

抹消（消除）理由 の生じた年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
---------------------	-------------

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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

申請日の添付書類との整合性
(申請日は添付書類の日付と同日か後)

住所	〒 690-△△△△ 島根 都道府県 大田 市 〇〇町××番地		
氏名	大森 銀	続柄	●女
電話番号	0852-〇〇-××××		

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

記載内容を確認し、
受付印を押印

※訂正がある場合は、二重線で訂正する。
修正液（テープ）は使用しない。
※鉛筆・消せるボールペン等修正可能な筆記具の使用は不可。