

准看護師籍登録抹消申請書

令和 年 月 日

山口県知事 様

郵便番号

申請者 住 所

続 柄

ふりがな

氏 名

昭和・平成 年 月 日生
(電話)

下記のとおり准看護師籍の登録の抹消を受けたいので、保健師助産師看護師法施行令第4条第2項
第5条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

登録年月日及び登録番号	年 月 日 第 号
抹 消 の 理 由	1 死亡した。 2 失踪の宣告を受けた。 3 その他 ()
准看護師が死亡し、又は失踪の宣告を受けた年月日	年 月 日

添付書類

- 1 准看護師免許証
- 2 准看護師が死亡し、又は失踪の宣告を受けた場合にあっては、その事実を証する書類
- 3 提出期限を経過した後に准看護師籍の登録の抹消を受けようとする者にあっては、遅延理由書

注 1 申請者の続柄は、戸籍法（昭和22年法律第224号）による死亡又は失踪の届出義務者が申請する場合にのみ、申請者と死亡し、又は失踪の宣告を受けた准看護師との続柄又は関係を記入すること。
2 「抹消の理由」欄は、該当するものの番号を○で囲むこと。