

第3号様式

准看護師籍登録抹消申請書

年 月 日

青森県知事 三村 申吾 殿

本籍地（国籍） 都・道・府・県
住 所 〒

連絡先電話番号
（登録者との続柄）
氏名^{（ふりがな）}

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)の規定により准看護師免許証を返納します。

記

- 登録番号 第 号
- 登録年月日 年 月 日
- 申請理由

- 登録者の氏名及び生年月日 氏名
生年月日 年 月 日
- 死亡(失踪宣告)年月日 年 月 日

添付書類

- 准看護師免許証
- 戸籍抄本又は除籍抄本

- 注1 （国籍）は、日本の国籍を有しないものが記載すること。
2 登録者が申請する場合は1～4を記載し、添付書類は1を提出する。
3 死亡又は失そうの届出義務者が申請する場合は、1～5を記載し、添付書類1～2を提出する。
4 用紙の大きさは、日本工業規格A4縦長とする。