

准看護師籍抹消申請書

令和 年 月 日

愛知県知事殿

住所

氏名

死亡又は失そう宣告を受けたことのあるとき
届出義務者住所

死亡者 との続柄
失そう者

氏名

下記により、准看護師籍の登録を抹消してください。

記

- 登録者の氏名及び生年月日
氏 名
生年月日 年 月 日
- 登録番号 第 号
- 登録年月日 年 月 日
- 抹消の理由
- 抹消の理由が生じた年月日 年 月 日

(添付書類)

- 准看護師免許証
- 死亡又は失そう宣告を受けたことによる抹消申請のときは、
 - 死亡診断書、死体検案書若しくは戸籍謄(抄)本
 - 失そう宣告を受けたことを証する書類
 - 提出期限(30日)を過ぎたときは、遅延理由書