

様式第4号

准看護師籍登録抹消申請書

登 録 番 号	
登 録 年 月 日	
登 録 者 の 氏 名	
登 録 者 の 生 年 月 日	
抹 消 理 由 の 生 じ た 年 月 日	
抹 消 申 請 の 理 由	死 亡 ・ 失 踪 ・ そ の 他 (            )

上記により、准看護師籍の登録を抹消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	
ふ り が な 氏 名	印
登録者との続柄	

茨城県知事 殿

- 備考 1 死亡又は失踪の宣告を受けたことによる登録の抹消を申請する場合には、死亡診断書、死体検案書又は戸籍謄本若しくは戸籍抄本若しくは失踪宣告を受けたことを証する書類を添付すること。
- 2 提出期限(抹消申請の理由が生じた日の翌日から起算して30日以内)を過ぎたときは、遅延理由書を添付すること。