

県の受付印	健康福祉センターの受付印
-------	--------------

准看護師籍登録抹消申請書

登録 番号	第							号	登 録 年 月 日	昭 和 平 成 令 和									年								日
----------	---	--	--	--	--	--	--	---	--------------	----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	---

本 籍	都道府県
-----	------

フリガナ															
氏 名															

生 年 月 日	昭 和 平 成															日 生
---------	------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------

抹消理由の生じた 年 月 日	昭 和 平 成 令 和															日
-------------------	----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

抹 消 理 由	
---------	--

上記により准看護師籍の登録を抹消されたく免許証および関係書類を添えて申請します。

年 月 日

住 所	都道府県
-----	------

氏 名		続 柄	
-----	--	-----	--

福 井 県 知 事 様

注 氏名については、記名押印または署名のいずれかにより記載すること。

※抹消年月日

--