県の受付印	健康福祉センターの受付印

（他都道府県籍登録者用）

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			月			日

本　籍	都道府県

フリガナ													
氏　名													

生　年　月　日	昭和 平成				年			月			日生

抹消理由の生じた 年　　月　　日	昭和 平成 令和				年			月			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	

知事　　殿