

第4号様式（第5条関係）

准看護師籍登録抹消申請書

年 月 日

沖縄県知事 殿

住 所

(電話番号)

氏 名

登録者との
続 柄

下記により准看護師籍の登録を抹消してくださるよう申請します。

- | | | | |
|---|---------------------------|---|----------|
| 1 | 登 録 番 号 | 第 | 号 |
| 2 | 登 録 年 月 日 | 年 | 月 日 |
| 3 | 登 録 者 の 本 籍 (国 籍) | | 都道 府県 |
| 4 | 登 録 者 の 氏 名 | | |
| 5 | 登録者の生年月日 | 年 | 月 日生 |
| 6 | 抹消理由の生じた 年月日 | 年 | 月 日 |
| 7 | 抹 消 理 由 死亡・失そう・その他 () | | |

(注) 1 用紙の規格は、日本工業規格A4判とする。

2 添付書類

死亡又は失そう宣告を受けた場合は、その事実を証する書類