

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<br>(国 籍)      |   | 都道<br>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<br>年月日           | 年 | 月 日      |
| 7 | 抹 消 理 由<br>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