

准看護師籍登録抹消申請書

年 月 日

北 海 道 知 事 様

住 所	
登録者との 続 柄	
氏 名	
電 話 番 号	

次のとおり准看護師籍の抹消を希望するので、関係書類を添えて申請します。

1	登録者の氏名 及び生年月日	年 月 日生
2	登録番号	第 号
3	登録年月日	年 月 日
4	抹消申請の事由	
5	抹消事由の生じた年月日	年 月 日

北海道の受付印	保健所の受付印	支所の受付印

備考 1 用紙は、日本標準規格A4とすること。

2 添付書類

(1) 死亡又は失そう宣告を受けたことによる登録の抹消申請の場合は、死亡診断書、死体検案書若しくは戸籍謄(抄)本又は失そう宣告を受けたことを証する書類

(2) 提出期限(死亡又は失そう宣告の日から30日)を過ぎた場合は、遅延理由書