

准看護師籍抹消申請書 (死亡又は失踪の場合)			年	月	日
群馬県知事 宛て			〒	—	
届出義務者 住 所					
電 話					
(ふりがな) 氏 名					
続 柄					
下記により准看護師籍を抹消されたく免許証を添えて申請します。					
記					
(ふりがな)					
1	抹消者の氏名				
2	生 年 月 日	年	月	日	
3	登 録 番 号	第		号	
4	登 録 年 月 日	年	月	日	
5	抹 消 の 理 由	死亡	・	失踪	
6	理由の発生年月日	年	月	日	

- 注 1 字は、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- 2 生年月日欄は、日本国籍を有する者の場合は和暦で、外国籍を有する者の場合は西暦で記入すること。
- 3 添付書類
- 1) 准看護師免許証
  - 2) 死亡診断書、死体検案書、戸籍謄本又は戸籍抄本（抹消の理由が死亡の場合に限る。）
  - 3) 失踪宣告を受けたことを証する書類（抹消の理由が失踪の場合に限る。）  
なお、提出期限（抹消の理由を生じた日の翌日から起算して30日以内）を過ぎた場合は、遅延理由書を添付すること。
  - 4) 免許証に記載された氏名が抹消時の氏名と異なる場合は、戸籍謄本又は戸籍抄本
- 4 業務に従事していた場合には、就業地の都道府県知事を経由して提出すること。