

准看護師籍抹消申請書		
		年 月 日
群馬県知事 宛て		
	〒	—
	住 所	
	電 話	
	(ふりがな) 氏 名	
	生年月日	年 月 日
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		
1 登 録 番 号	第	号
2 登 録 年 月 日	年	月 日
3 抹 消 の 理 由		

- 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) 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。