

年 月 日

岩手県知事 様
（ 保健所長）

住 所
（電話番号）
登録者との
続 柄
氏 名

准看護師籍（保健婦籍、助産婦名簿、看護婦籍）登録抹消申請書

保健師助産師看護師法施行令第4条第2項（第5条第1項）の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

- 1 登録者の氏名及び生年月日
- 2 登録番号
- 3 登録年月日
- 4 抹消申請の事由
- 5 抹消申請の事由の生じた年月日

注 政令第5条第1項（政令附則第2項において準用する場合を含む。）の規定により申請する場合には、死亡診断書、死体検案書、戸籍謄本、戸籍抄本又は失そう宣告を受けたことを証する書類を添付すること。

備考 政令附則第2項において準用する政令第4条第2項又は第5条第1項の規定により申請する場合には、「第4条第2項」を「附則第2項において準用する同令第4条第2項」と、「第5条第1項」を「附則第2項において準用する同令第5条第1項」と記載すること。