

准 看 護 師 籍 抹 消 申 請 書	
年 月 日	
群馬県知事 あて	
本	籍
住	所
電	話
(ふりがな)	
氏	名
年 月 日生	
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	
抹消の理由	

- 注 1 字は、インク等を用い、楷書ではつきり書くこと。
- 2 本籍は、都道府県名（外国籍の者は、国籍）を記載すること。
- 3 添付書類 免許証
- 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。