

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 あて

届出義務者 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

- 1 抹消者氏名
- 2 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 添付書類

- 1) 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。

3 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。