

第 6 号様式（第 6 条関係）

年 月 日

高知県知事 様

申請者 住 所

氏 名

年 月 日生

受胎調節実地指導員指定取消し申請書

受胎調節実地指導員の指定の取消しを受けたいので、母体保護法施行規則第 15 条第 1 項の規定により下記のとおり申請します。

記

1 助産師、保健師又は看護師の別

2 指定証番号及び指定年月日

3 取消しの申請理由

注 指定証及び標識を添えてください。