

第11号様式（第8条関係）

准看護師籍抹消申請書

- 1 登録者の氏名及び生年月日
- 2 登録番号及び登録年月日
- 3 抹消を申請する理由
- 4 抹消を申請する理由が生じた年月日

上記により、准看護師籍の登録を抹消されるよう免許証及び関係書類を添えて申請します。

年 月 日

住所

氏名

（死亡又は失踪の場合は、届出義務者の
住所、氏名及び続柄）

高知県知事 様

- 注 1 准看護師免許証を添えてください。
- 2 死亡又は失踪の宣告を受けたことによる登録の抹消申請の場合は、死亡診断書、死体検案書、戸籍謄本若しくは戸籍抄本又は失踪の宣告を受けたことを証明する書類を添えて、死亡又は失踪の宣告を受けた日から30日以内に申請してください。ただし、死亡又は失踪の宣告を受けた日から30日以上を経過した場合は、遅延理由書を添えてください。