

准看護師籍登録まつ消申請書

登録都道府県等	関西広域連合		都道府県										
登録番号第		号	登録年月日	昭和 平成 令和			年			月			日

本籍 (国籍)	都道府県															
ふりがな	氏:						名:									
登録者の氏名																
登録者の生年月日	大正 昭和 平成					年				月			日	性別	男	
															女	
まつ消(削除)理由の 生じた年月日	昭和 平成 令和			年					月				日			
まつ消(削除)理由	死亡・失そう・その他()															

上記の准看護師籍の登録をまつ消されたく免許証及び関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

申請者

電話番号	()														
住所	〒 都道府県														
氏名											登録者との 続柄				

(関西広域連合長 知事) 様

※ 登録都道府県等の長

籍登録まつ消申請手続

1 必要書類

- (1) 籍登録まつ消申請書
- (2) 死亡又は失そうによる場合は、死亡又は失そう宣告を受けたことを証する書類（死亡診断書、死体検案書又は戸籍抄（謄）本若しくは失そう宣告書。）※コピー不可
- (3) 准看護師免許証（添付できないときは、その理由書）
- (4) 提出期限（死亡又は失そうの宣告を受けた場合、**30日以内**）を過ぎている時は、遅延理由書（別添様式による。）

2 記入上の注意

- (1) 用紙の大きさは、日本産業規格A4としてください。
- (2) **ゴシック文字**の箇所は、いずれかを選択してください。
数字は右側につめて記入してください。例「

	1	2
--	---	---

」
- (3) 字は、インク、ボールペン等（黒又は青に限る。）を用い、楷書（かいしょ）ではっきりと記入してください。
- (4) 「登録都道府県等」は、准看護師籍を登録された都道府県等（関西広域連合及び他の都道府県）です。
- (5) 登録者の氏名は、免許証に記載されている文字を用いて記入してください。
- (6) 日本国籍を有しない方は、本籍欄に国籍を、生年月日については西暦を記入してください。
- (7) 「住所」、「氏名」、「電話番号」及び「登録者との続柄」欄については、いずれも申請者の情報を記入してください。

3 申請書の提出

籍登録まつ消申請書、添付書類の順に揃え、左肩をホチキス止めしてください。

(別添)

遅 延 理 由 書

届出者住所

届出者氏名

_____ (登録者) は、平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
死亡 ・ 失そう ・ その他 (_____)
しまったので、30日以内に申請をしなければならないところ
失念 ・ 法令不知 ・ その他 (_____) のため
今日まで遅延いたしました。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(関西広域連合長 ・ _____ 知事) 様

※ 登録都道府県等の長