

## 簿(名簿)登録抹消(消除)申請書

登録番号	第	号	登録年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
------	---	---	-------	----------------	---	---	---

本籍地コード	
登録者の本籍 (国籍)	都道府県
フリガナ	(氏) (名)
登録者の氏名	
登録者の生年月日	昭和 平成 令和
	年
	月
	日

性別	F 女
	M 男

抹消理由の生じた年月日	昭和 平成 令和
	年
	月
	日

抹消理由	1 厚生労働大臣免許取得	2 死亡	3 その他
------	--------------	------	-------

上記により、                    籍(名簿)の登録を抹消(消除)されたく免許証(免状)及び関係書類を添えて申請します。  
                    年 月 日

住所	〒		
申請者氏名	続柄	連絡先電話	

福岡県知事 殿

※抹消(消除)年月日

※医療指導課受付印	※保健福祉(環境)事務所受付印

- (注) 1 ※欄は記入しないこと。該当する不動文字を○で囲むこと。  
2 死亡又は失踪の宣言を受けたことによる登録の抹消(削除)申請の場合には、死亡確認書、死体検案書若しくは戸籍謄(抄)本又は失踪宣言を受けたことを証する書類を添付すること。  
3 前号による申請の場合に、提出期限(30日)を過ぎたときは、遅延理由書を添付すること。