



消 除 年 月 日	
-----------	--

義肢装具士名簿登録消除申請書

登 録 番 号	第									号	登 録 年 月 日	昭 和 平 成							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 日	大 正	昭 和								年					月					日
生 年 月	昭 平	和 成								西 暦										

消 除 理 由 の 生 じ た 年 月 日	昭 和 平 成							年					月				日
--------------------------	------------	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	---

消 除 理 由	死 亡 ・ 失 踪 ・ その他
---------	-----------------

上記により義肢装具士名簿の登録を消除されたく免許証及び関係書類を添えて申請します。

____年____月____日

住 所	〒 都 道 府 県		
氏 名		続柄	
電 話	()		

厚生労働大臣 殿

厚 生 労 働 省 の 受 付 印