

記入不要	抹消年月日	
------	-------	--

齒科衛生士名簿登録抹消申請書

登 録 番 号	第						号	登 録 年 月 日	昭 和 平 成 令 和		年		月		日
---------	---	--	--	--	--	--	---	-----------	-------------------	--	---	--	---	--	---

登録都道府県名	都道府県
---------	------

※コード番号			
本 籍 (国 籍)	都 道 府 県		

ふりがな	(氏)	(名)
氏 名		

生	年	月	日	昭 平 西	和 成 和 曆					年				月				日
---	---	---	---	-------------	------------------	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---

抹消理由の 生じた年月日	平成		年		月		日
-----------------	----	--	---	--	---	--	---

※コード番号		
抹 消 理 由	死 亡 ・ 失 踪 ・ その他	

上記により歯科衛生士名簿の登録を抹消されたく免許証明書及び関係書類を添えて申請します。

年 月 日

住 所			
氏 名		続 柄	

受 付 印

厚生労働大臣
指定登録機関代表者 殿

※印の欄は記載しないこと。