

様式第三号(第四条関係)

※ 消除年月日	
---------	--

救 急 救 命 士 名 簿 登 録 消 除 申 請 書

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

※ コード番号			
本 籍 (国籍等)	都 道 府 県		

ふりがな	(氏)	(名)
氏 名		

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

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

※ コード番号		
消 除 理 由	死 亡 ・ 失 踪 ・ そ の 他 ()	

上記により、救急救命士名簿の登録を消除されたく免許証(免許証明書)及び関係書類を添えて申請します。

申 請 年 月 日				年			月			日
-----------	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

住 所	〒 ー 都 道 府 県		
氏 名		続柄	
電 話 番 号	()		

厚生労働大臣
指定登録機関代表者 殿

※ 受 付 印

備考	1 ※印欄は記入しないこと。 2 該当する不動文字を○で囲むこと。 3 黒ボールペンを用い、かい書で丁寧に記入すること。 4 用紙の大きさは、A4とすること。
----	--