

様式第三号(第四条関係)

記入不要	消 除 年 月 日	
------	-----------	--

言 語 聴 覚 士 名 簿 登 録 消 除 申 請 書

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

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 和 成 和 西 令 和 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	

上記により言語聴覚士名簿の登録を削除されたく免許証(免許証明書)及び関係書類を添えて申請します。
年 月 日

電 話	()	
住 所	都道 市 区 町村 番 地 府県 郡 号	
氏 名		

厚 生 労 働 大 臣 殿
指定登録機関代表者
※印の欄は記載しないこと。