

※ 消除年月日	
------------	--

歯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			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	明 治 大 正 昭 和 平 成							年			月		
---------	--------------------------	--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

抹消理由の生 じた年月日	昭和 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。

平成 年 月 日

住 所		都 道 府 県	市 郡 区	町 村	番	番地 号
氏 名						

厚生労働大臣
指定登録機関代表者

殿

- 備考
1. 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とすること。
 2. ※印の欄には、記入しないこと。
 3. 該当する不動文字を○で囲むこと。
 4. 黒ボールペンをうい、かい書ではっきり記入すること。