

※ 消除年月日	
------------	--

言語聴覚士名簿登録消除申請書

登録番号	第								号	登録年月日	昭和			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	明 大 昭 平	治 正 和 成							年				月				日
------	------------------	------------------	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---

消除理由の生じた年月日	昭和			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

電 話	()					
住 所	都道府県	市郡	区	町村	番	番地号
氏 名					印	

厚生労働大臣

指定登録機関代表者 殿

- 備考
- ※印の欄には、記入しないこと。
 - 該当する不動文字を○で囲むこと。
 - 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
 - 記名押印に変えて、署名することができる。
 - 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とすること。