様式第三号

※ 消除年月日	

臨床工学技士名簿登録消除申請書

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			日

消除理由の生じた年月日	昭和 平成			年			月			日

※コード番号		
消　除　理　由	死　亡　・　失　踪　・　そ　の　他	

上記により臨床工学技士名簿の登録を消除されたく免許証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　　殿

（注意）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．黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。