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)	都道 府県		

ふりがな	(氏)	(名)
氏名		

生年月日	昭和 平成 令和 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	〒　— 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。