様式第3

消除年月日	※

美容師名簿登録消除申請書

免許証(免許証明書)を交付した者	1 大臣(指定登録機関代表者) 2 都道府県 知事	登録番号 第 号	登録年月日	1 昭和 2 平成 年 月 日 3 令和

美容師名簿に登録されている者		
本籍(国籍)	都道府県	
ふりがな	(氏)	(名)
氏名		
生年月日	1 昭和 2 平成 年 月 日 3 令和	
消除理由	1 死亡 2 失踪 3 その他( )	
消除理由の生じた年月日	年 月 日	

申請者			
氏名		登録されている者との関係	
連絡先電話番号	( )		
住所	郵便番号 □□□—□□□□ 都道府県		
※			

厚生労働大臣
指定登録機関代表者 殿

上記により、美容師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。

申請日 年 月 日

備考 1 ※印欄には、記入しないこと。
2 該当する数字を○で囲むこと。
3 用紙の大きさは、A4とすること。