様式第三号(第四条関係)

記入不要	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	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。

年　　月　　日

電話	(　　)
住所	都道 府県　　市 郡　　区　　町 村　　番地 番号
氏名	

厚生労働大臣
指定登録機関代表者　殿

※印の欄は記載しないこと。