様式第三号（第四条関係）

消除年月日	

ホチキス位置

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 令和	年　月　日

本籍 （国籍）	都道 府県

ふりがな	（氏）	（名）
登録者の氏名		

登録者の生年月日	大正 昭和 平成 令和 西暦	年　月　日

消除理由の生じた年月日	昭和 平成 令和	年　月　日

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。

＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

住所	〒 都道 府県		
氏名		続柄	
電話	（　　）		

厚生労働大臣　殿

厚生労働省の受付印