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		印		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。