

(様式3) 愛玩動物看護師名簿登録消除申請書

以下より申請者記入 ※必ず黒ボールペン・万年筆で記入すること。こすると消えるペンは使用不可

指定登録機関 一般財団法人動物看護師統一認定機構 代表理事 機構長 殿	
下記により、愛玩動物看護師名簿の登録を消除されたく、愛玩動物看護師法施行規則第6条第1項に基づき、免許証及び関係書類を添えて申請します。	
申請書記入日：	(西暦) 年 月 日
申請者氏名：	
※代理人申請の場合 関係性(続柄)：	
連絡先電話番号：	- -
名簿登録者の情報 *が付いている項目は必須です。	
氏名フリガナ *	(セイ) (メイ)
氏名 *	(姓) (名)
生年月日(西暦) *	(西暦) 年 月 日
本籍地(都道府県) * ※外国籍の方は国籍等	
愛玩動物看護師登録年月日	(西暦) 年 月 日
愛玩動物看護師登録番号	
消除理由の生じた年月日 *	(西暦) 年 月 日
消除理由 *	死亡 ・ 失踪 ・ その他
消除理由 ※その他の場合	(具体的理由)
紛失等の理由 ※免許証返納できない場合	
遅延理由 ※死亡・失踪後30日を過ぎたの申請の場合	

提出書類のチェック

※確認した箇所に☑をいれてください。

	要	内容
<input type="checkbox"/>	必須	(様式3) 愛玩動物看護師名簿登録消除申請書(本書)の添付
<input type="checkbox"/>	死亡・失踪の場合 必須	死亡または失踪の宣告を受けたことを証する書類の同封
<input type="checkbox"/>	代理人の場合 必須	代理人の本人確認書類(戸籍謄本・戸籍抄本・住民票の原本もしくはコピー、または、運転免許証・健康保険証などのコピー)の同封 ※戸籍謄本・戸籍抄本・住民票は書類送付日前6か月以内に発行されたものに限る
<input type="checkbox"/>	自主返納の場合 必須	本人確認書類(戸籍謄本・戸籍抄本・本籍地が記載された住民票のいずれか)原本もしくはコピーの同封 ※書類送付日前6か月以内に発行されたものに限る
<input type="checkbox"/>		返却する愛玩動物看護師免許証の同封(紛失した場合は紛失理由記入欄に紛失理由を記入すること)