

受胎調節実地指導員指定取消申請書

年 月 日

(あて先) 旭川市長

住 所  
申請者  
氏 名 ㊟

受胎調節実地指導員の指定の取消しを受けたいので、母体保護法施行規則第15条第1項の規定により、次のとおり申請します。

1 助産師、保健師及び看護師の別

助産師 ・ 保健師 ・ 看護師

2 指定年月日及び指定証番号

指定年月日 年 月 日

指定証番号

3 申請の理由

(注) 指定証及び標識を添付してください。