

様式第7号（第9条関係）

受胎調節実地指導員指定取消申請（届出）書

本籍 都道府県

住所 〒 ー

氏名

生年月日 年 月 日

1 保健師、助産師、看護師の別

2 指定年月日及び指定番号 年 月 日 第 号

3 交付都道府県名

4 指定取消しの事由

上記の理由により、受胎調節実地指導員の指定の取消しを受けたいので、指定証（及び標識）を添えて申請（届出）します。（本人の死亡及び失踪宣言による届出の場合は除籍抄本も添付すること）

年 月 日

（申請者又は届出義務者）

氏名

栃木県知事 様