

## ⑫ 保険医・保険薬剤師登録抹消申出書

### ○ 申出書の記載要領

次のことに注意して記載してください。

- ・ 標題は、保険医又は保険薬剤師のどちらかを選択してください。
- ・ 登録の記号及び番号欄には、保険医登録票又は保険薬剤師登録票に記載されている記号及び番号を記載してください。
- ・ 保険医又は保険薬剤師の氏名を記載するときは、姓と名の間を1文字空けて記載してください。(氏名は、戸籍簿に記載されている漢字を必ず用いてください。)
- ・ 抹消申出理由欄には、登録抹消を申し出た理由を記載してください。  
なお、抹消希望年月日については、申出年月日の翌日より1ヶ月以上経過後の年月日を記載してください。  
(例:申出年月日が20年4月1日の場合、抹消希望年月日には20年5月2日以降の年月日を記載)
- ・ 保険医・保険薬剤師の氏名及び住所を記載するときは、氏名については、姓と名の間を1文字空けて記載してください。(氏名は、戸籍簿に記載されている漢字を必ず用いてください。)

(注) 予告期間が終了したときは、10日以内に登録票を返納してください。