|  |
| --- |
| 様式第7号指定取消申請書年　　月　　日　　茨城県知事　　殿申請者(助産師，看護師，保健師の別)氏名　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日生　　　　本籍　　住所　　　　　により受胎調節実地指導員の指定の取消を願いたく申請します。 |
| (記載上の注意)　本文中の空白個所には、指定の取消を希望する事由を明確に記入すること。 |