第一号書式の二(第三条、第四条の二関係)

ホチキス位置

厚生労働省記入欄	登録番号	
	訂正書換え年月日	

収入印紙欄 (収入印紙は消印しないで下さい)

診療放射線技師籍訂正・免許証書換え交付申請書

登録番号	第　　号	登録年月日	昭和 平成 令和	年　月　日

変更を生じた事項

	変更前		変更後(第1回)		変更後(第2回)	
コード番号						
本籍(国籍)	都道府県		都道府県		都道府県	
ふりがな	(氏)	(名)	(氏)	(名)	(氏)	(名)
氏名						
	(旧姓)		(旧姓)		(旧姓)	
旧姓併記の希望			有・無		有・無	
通称名						
生年月日	大正 昭和 平成 令和 西暦　年　月　日		大正 昭和 平成 令和 西暦　年　月　日			
性別	男・女		男・女			
変更の事由						

上記により、診療放射線技師籍訂正・免許証書換え交付を申請します。

　　年　　月　　日

住所	〒　都道府県		
氏名		電話	(　　)

厚生労働大臣　殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県コード	