第二号書式の二(第五条関係)

ホチキス位置

厚生労働省記入欄	登録番号	
	再交付年月日	

収　入　印　紙　欄
(収入印紙は消印しないで下さい)

診療放射線技師免許証再交付申請書

登録番号	第　　号	登録年月日	昭和 平成 令和	年　月　日

本籍 (国籍)	都道 府県

ふりがな	(氏)	(名)	性別	男
氏名				女
	(旧姓)			
通称名				

生年月日	大正 昭和 平成 令和 西暦	年　月　日

免許取得資格	昭和 平成 令和	年　月	施行	第　回	診療放射線技師試験合格
	(上記試験以外により免許を受けた者にあっては、その資格)				

上記の診療放射線技師免許証を(き損・亡失)したので、関係書類を添えて免許証の再交付を申請します。

＿＿＿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	