様式第二号

※ 登録番号	
※ 再交付年月日	

収入印紙欄		

歯科技工士免許証（免許証明書）再交付申請書

登録番号	第							号	登録年月日	昭和 平成			年			月			日

※ コード番号			
本籍 （国籍）	都道 府県		

ふりがな	（氏）	（名）
氏名		
※		

性別	男
	女

生年月日	明治 大正 昭和 平成				年			月			日

免許取得資格	昭和 平成		年		月	施行歯科技工士 国家試験合格	受験地	

上記の歯科技工士免許証（免許証明書）を（き損・亡失）したので、関係書類を添えて免許証（免許証明書）の再交付を申請します。

平成　　年　　月　　日

※ コード番号					電話	（　　）
住所	都道 府県	市 郡	区	町 村	番	番地 号
氏名				印		

厚生労働大臣

指定登録機関代表者　　殿

（注意）　1　用紙の大きさは、日本工業規格A列４番とすること。

2　※印の欄には、記入しないこと。

3　該当する不動文字を○で囲むこと。

4　黒ポールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。

5　収入印紙には、消印しないこと。

6　指定登録機関に申請する場合には、所定の手続きにより手数料を納付し、収入印紙をはらないこと。

7　氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。