様式第五号

※ 登録番号	
※ 再交付年月日	

収入印紙欄		

臨床工学技士免許証再交付申請書

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	第			回臨床工学技士国家	試験合格

上記の臨床工学技士免許証を（破つた・よごした・失つた）ので、関係書類を添えて免許証の再交付を申請します。

平成　　年　　月　　日

電話	（　　）																			
住所	都道 府県			市 都			区			町 村								番地 番号		
氏名														印						

厚生労働大臣　　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〇で囲むこと。

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、消印をしないこと。

６．領収証書は、裏面にはること。