様式第四（第14条関係）

精神保健福祉士登録証再交付申請書

収　入　印　紙 （消印しないこと。）

住　　所

登　録　年　月　日

登　録　番　号

（　フ　リ　ガ　ナ　）

氏　　名

（　　旧　　姓　　）

（　　通　　称　　）

年　　月　　日生

精神保健福祉士法施行規則第14条第１項の規定に基づき、下記の理由により再交付を申請します。

理由

年　　月　　日

厚　生　労　働　大　臣
指定登録機関代表者　　殿

備考１　指定登録機関に申請する場合には、所定の手続により手数料を納付し、収入印紙は貼らないこと。

２　旧姓及び通称については、登録証への記載を希望する場合のみ記入すること。

３　用紙の大きさは、Ａ４とすること。

（登録証再交付申請書）

氏　　名	（姓）	（名）	個人番号	

受付年月日：＿＿＿＿＿＿年＿＿＿＿＿月＿＿＿＿＿日