

免許証の再交付に関する調査及び意見書

氏 名		(旧姓)		※	
生 年 月 日		明治・大正・昭和	年 月 日	※	
登 録 年 月 日		明治・大正・昭和・平成	年 月 日	※	
登 録 番 号		第	号	※	
免許申請時	本 籍			※	
	住 所			※	
	経 由 都 道 府 県			※	
現在	本 籍			※	
	住 所			※	
現 住 所 の 確 認				※	
免許取得資格	医・臨・衛・診・理・作 視・歯医・歯技・X	国家試験合格者	回 数	第 回	※
			受 験 地		※
			受 験 番 号	第 号	※
			合 格 証 書 番 号	第 号	※
		その他	卒 業 年 月 日	年 月 日	※
			卒 業 学 校 名		※
	保・助・看	旧規則による場合	学校(養成所)卒業年月日		※
			卒業学校(養成所)名		※
			試 験 合 格 年 月 日	年 月 日	※
			試 験 施 行 都 道 府 県 名		※
			免 状 登 録 (交 付) 年 月 日		※
			免 状 交 付 (登 録) 番 号	年 月 日	※
	国家試験合格者	回 数	第 回	※	
		受 験 地		※	
		受 験 番 号	第 号	※	
		合 格 証 書 番 号	第 号	※	
再交付申請	有・無	※	申 請 年 月 日	年 月 日	※
籍訂正申請	有・無	※	籍 訂 正 年 月 日	年 月 日	※
亡失等の事実 (具体的に記入のこと)					
保健所の意見					

上記のとおり _____ 免許証の再交付申請に際し、申請者から事情を聴取し、保健所の意見を付けて提出します。

年 月 日

保健所長

