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）
氏名		
	（旧姓）	
通称名		

性別	男
	女

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	