



厚生労働省記入欄	登録番号	
	再交付日 年 月 日	

収入印紙欄
(収入印紙は消印しないで下さい)

視能訓練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 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				回視能訓練士試験合格
	(上記試験以外により免許を受けた者にあつては、その資格)											

上記の視能訓練士免許証を(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	