

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)

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 令 和			年			月			日
---------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	---	-------	-------------------	--	--	---	--	--	---	--	--	---

本 籍 (国籍等)	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 臨 床 工 学 技 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)										

上記の臨床工学技士免許証を(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