

再交付年月日	登録番号
※	

収入印紙貼付欄 (消印しないこと)

美容師免許証(免許証明書)再交付申請書

免許証(免許証明書)を交付した者	1 大臣(指定登録機関代表者)	登録番号	第	号	登録年月日	1 昭和	年	月	日
	2 都道府県知事					2 平成			

本籍 (国籍)	都道府県							
ふりがな	(氏)				(名)			
	氏名							
旧姓・通称名 (併記を希望する場合)								
生年月日	1 昭和	年	月	日				
	2 平成							
	3 令和							
性別	1 男		2 女					
再交付の理由	1 紛失	2 破損	3 汚損	4 焼失	5 その他()			

連絡先 電話番号	()							
住所	郵便番号							
	都道府県							
※								

厚生労働大臣 殿
 指定登録機関代表者
 上記により、関係書類を添えて免許証(免許証明書)の再交付を申請します。
 申請日 年 月 日

- 備考
- ※印欄には、記入しないこと。
 - 該当する数字を○で囲むこと。
 - 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。
 - 免許証(免許証明書)に旧姓の併記を希望する場合は、「旧姓・通称名」欄に旧姓を記入すること。
 - 外国籍の方で、免許証(免許証明書)に通称名の併記を希望する場合は、「旧姓・通称名」欄に通称名を記入すること。
 - 用紙の大きさは、A4とすること。