様式第四(第14条関係)

精神保健福祉士登録証再交付申請書

収入印紙(消印しないこと。)

住　　所

登録年月日

登 録 番 号

(フリガナ)
氏　　名

年　　月　　日生

精神保健福祉士法施行規則第14条第1項の規定に基づき、下記の理由により再交付を申請します。

理由

令和　　年　　月　　日

厚 生 労 働 大 臣
指定登録機関代表者　　殿

氏　　名　印

備考1　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、収入印紙ははらないこと。

2　氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。

3　用紙の大きさは、A4とすること。