

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
	(旧 姓)
(通 称)	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	
年 月 日	
厚生労働大臣 殿 指定登録機関代表者	

- 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、収入印紙は貼らないこと。
- 2 旧姓及び通称については、登録証への記載を希望する場合のみ記入すること。
- 3 用紙の大きさは、A4とすること。

(登録証再交付申請書)			
氏 名	(姓)	(名)	個 人 番 号

受付年月日： _____年 _____月 _____日