

| | | |
|----------|-------|--|
| 厚生労働省記入欄 | 登録番号 | |
| | 登録年月日 | |

| |
|---------------------------|
| 収入印紙欄 (収入印紙は消印しないで下さい) |
|---------------------------|

診療放射線技師免許申請書

受験地コード ○○

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|---|---|---|---|----|---|---|---|---|---------------|-----|-----|------|------|
| 平成 令和 | 3 | 年 | 2 | 月 | 施行 | 第 | 7 | 3 | 回 | 診療放射線技師国家試験合格 | 受験地 | 東京都 | 受験番号 | ○○○○ |
|----------|---|---|---|---|----|---|---|---|---|---------------|-----|-----|------|------|

1～3の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。

1. 診療放射線技師の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)

有・無

2. 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)

有 千葉県 労働 太郎

3. 旧姓併記の希望の有無。

有・無

上記により、診療放射線技師免許を申請します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

| | |
|------------|--------|
| 本籍 (国籍) | 東京都道府県 |
|------------|--------|

| | |
|----|----------------------------------|
| 住所 | 〒100-8916 東京都道府県 千代田区霞が関1-2-2 |
| 電話 | 03 (5253) 1111 |

| | |
|-------------------|------------------|
| ふりがな | (氏) こうせい (名) たろう |
| 氏名 (裏面Ⅱ(4)参照) | 厚生 太郎 |
| | (旧姓) 労働 太郎 |
| 通称名 (裏面Ⅱ(5)参照) | |

| | |
|----|------------------------------------|
| 性別 | <input checked="" type="radio"/> 男 |
| | <input type="radio"/> 女 |

| | | | | | | | |
|------|----------------------|---|---|---|---|---|---|
| 生年月日 | 昭和 平成 令和 西暦 | 5 | 年 | 1 | 月 | 1 | 日 |
|------|----------------------|---|---|---|---|---|---|

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 | |