

記入不要	登録番号	
	訂正書換え 交付年月日	

収入印紙欄 (収入印紙は消印しないでください)

歯科技工士名簿訂正・免許証書換え交付申請書

登録番号	第							号	登録年月日	昭和 平成			年			月			日
------	---	--	--	--	--	--	--	---	-------	----------	--	--	---	--	--	---	--	--	---

登録都道府県名	都道府県	コード番号
---------	------	-------



変更を生じた事項

	変更前	変更後(第1回)	変更後(第2回)
コード番号			
本籍 (国籍)	都道府県	都道府県	都道府県
ふりがな	(氏) (名)	(氏) (名)	(氏) (名)
氏名			
	(旧姓)	(旧姓)	(旧姓)
旧姓併記の有無		有・無	有・無
通称名			
生年月日	昭和 平成 西暦	昭和 平成 西暦	

変更の理由																			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

上記により歯科技工士名簿訂正・免許証書換え交付を申請します。

年 月 日

電話番号	()
住所	〒 都道府県
氏名	印

受付印

厚生労働大臣

指定登録機関代表者 殿

印の欄は記載しないこと。

様式第二号を次のように改める。



記入不要	登録番号	
	再交付年月日	

歯科技工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			年			月			日
------	---	--	--	--	--	--	---	-------	----	--	--	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

登録都道府県名		都道府県	コード番号			
---------	--	------	-------	--	--	--

コード番号			
本籍 (国籍)		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	昭和					平成						年			月			日						
------	----	--	--	--	--	----	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--

免許取得 資格	昭和					平成			年			月	施行	歯科技工士試験合格	受験地	
------------	----	--	--	--	--	----	--	--	---	--	--	---	----	-----------	-----	--

上記の歯科技工士免許証を（ 破った・汚した・失った ）
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

電話番号	()	
住所	〒 都道府県	
氏名	印	

受付印

受付印

厚生労働大臣
指定登録機関代表者 殿

印の欄は記載しないこと。

(臨床検査技師等に関する法律施行規則の一部改正)

第六条 臨床検査技師等に関する法律施行規則(昭和三十三年厚生省令第二十四号)の一部を次のように改正する。

様式第一を次のように改める。



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)

様式第一 (第一条の四関係)

臨床検査技師免許申請書

平成											年		月	施行	第		回臨床検査技師国家試験合格	受験地		受験番号				
受験地コード																								

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. 臨床検査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・無

3. 旧姓併記の希望の有無。

有・無

上記により、臨床検査技師免許を申請します。

____年____月____日

本籍 (国籍)	都道府県
------------	------

住所	〒	都道府県
電話	()	

ふりがな	(氏)	(名)	印
氏名			
	(旧姓)		
通称名			

性別	男
	女

生年月日	昭和 平成 西暦							年			月			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	

様式第二を次のように改める。

