

免許証の再発行に関する調査及び意見書

氏 名			(旧姓)		※
生 年 月 日			昭和・平成 年 月 日		※
登 録 年 月 日			年 月 日		※
登 録 番 号			第 号		※
免許申請時	本 籍				※
	住 所				※
	経由都道府県名				※
現在	本 籍				※
	住 所				※
現住所の確認			() 別添住民票のとおり () マイナンバーカード等により確認		※
免許取得資格	医・歯・理・作・放	国家試験合格者	回 数	第 回	※
			受 験 地		※
			受 験 番 号	第 号	※
			合 格 証 書 番 号	第 号	※
	その他	卒 業 年 月 日	年 月 日	※	
		卒 業 学 校 名		※	
				※	
	保・助・看	旧規則による場合	学校・養成所卒業年月日	年 月 日	※
			卒業学校・養成所名		※
			免状交付年月日	年 月 日	※
免状交付番号			第 号	※	
交付都道府県名				※	

資 格	保・助・看	国家試験合格者	回 数	第 回	※	
			受 験 地		※	
			受 験 番 号	第 号	※	
			合 格 証 書 番 号	第 号	※	
再交付申請		有・無	※	申 請 年 月 日	年 月 日	※
籍訂正申請		有・無	※	籍 訂 正 年 月 日	年 月 日	※
亡失等の事実 (具体的に記入のこと)		別添申立書のとおり、免許証を紛失しました。今後このようなことのないように注意いたしますとともに、紛失にかかる免許証を発見した時は、直ちに返納します。				
高松市の意見		免許証亡失にかかる事実について、本人より別添申立書のとおり陳述があり、事実と相違ないものと思われます。 により、本人確認しました。				

上記のとおり 免許証の再交付申請に際し、申請者から事情を聴取し、本市の意見を付けて提出します。

令和 年 月 日

高松市保健所長