

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 () 運転免許証により確認		※	
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)		免許証をき損しました。今後このようなことのないように注意いたします。				
高松市の意見		免許証き損にかかる事実について、本人より陳述があり、 き損した免許証を確認いたしました。事実と相違ないもの 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