

免許証の再交付に関する調査及び意見書

氏 名		(旧姓) ※				
生 年 月 日		※				
登 録 年 月 日		昭和・平成・令和 年 月 日 ※				
登 録 番 号		第 号 ※				
免許申請時	本 籍	※				
	住 所	※				
	経 由 都 道 府 県	※				
現 在	本 籍	※				
	住 所	※				
現 住 所 の 確 認		住民票・運転免許証・マイナンバーカード・その他 () にて本人確認済 ※				
免許取得資格	医・視・歯 臨・歯 衛・医 診・歯 理・技 作・X	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		※
	試 験 合 格 年 月 日			年 月 日	※	
	試 験 施 行 都 道 府 県 名				※	
	免 状 交 付 (登 録) 年 月 日			年 月 日	※	
	免 状 交 付 (登 録) 番 号			第 号	※	
	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)						
保 健 所 の 意 見		申請時に上記内容を確認、再交付して差し支えありません。 運転免許証・健康保険証・マイナンバーカード・その他 () にて本人確認済				

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、保健所の意見を付けて提出します。

年 月 日

西宮市保健所長

