**第二号書式の三**

**診療エックス線技師免許証再交付申請書**

**１　再交付申請の理由**

**２　診療エックス線技師籍登録番号、診療エックス線技師免許証の交付年月日その他参考事項**

**１）籍登録番号　　　第　　　　　　　　　号**

**２）登録年月日　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日**

**３）その他参考事項**

**上記により、診療エックス線技師免許証の再交付を申請します。**

**年　　　　月　　　　日**

**本籍（国籍）**

**住所**

**氏名**

**年　　　　　月　　　　日生**

**愛　知　県　知　事　殿**

**（注意）**

**１　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４とすること。**

**２　字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。**

**３　添付書類**

**住民票（本籍地の記載があり、個人番号の記載がない発行から６か月以内のもの）**

**第一号書式の四**

**診療エックス線技師籍訂正・免許証書換え交付申請書**

**１　診療エックス線技師籍登録番号及び登録年月日**

**登録番号　　　　　　　　　第　　　　　　　　　　　号**

**登録年月日　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日**

**２　変更前の氏名及び本籍地都道府県名又は国籍名**

**氏　名**

**本籍地都道府県又は国籍**

**３　変更の理由及び年月目**

**上記により、診療エックス線技師籍訂正、免許証書換え交付を申請します。**

**年　　　　月　　　　日**

**本籍（国籍）**

**住所**

**氏名**

**年　　　　月　　　　日生**

**愛　知　県　知　事　殿**

**（注意）**

**１　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４とすること。**

**２　字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。**

**３　添付書類**

**(1) 診療工ックス線技師免許証**

**(2) 戸籍謄（抄）本**

**(3) 提出期限（３０日）を過ぎたときは、遅延理由書**

**診療エックス線技師籍登録まっ消申請書**

**年　　　　月　　　　日**

**愛　知　県　知　事　殿**

**届出義務者　住所**

**続柄**

**氏名**

**下記により、診療エックス線技師籍の登録をまっ消してください。**

**記**

**１　登録者の氏名及び生年月日**

**氏名**

**生年月日　　　　　　　　年　　　　月　　　　日**

**２　登録番号　　　　　第　　　　　　　　　号**

**３　登録年月日　　　　　　　　年　　　　月　　　　日**

**４　まっ消の理由**

**５　まっ消の理由が生じた年月日　　　　　　　　年　　　　月　　　　日**

 **（注意）**

**１　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４とすること。**

**２　字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。**

**３　添付書類**

**(1) 診療エックス線技師免許証**

**(2) 死亡又は失そう宣告を受けたことのあるとき**

**①　死亡診断書、死体検案書又は除籍謄（抄）本**

**②　失踪宣告を受けたことを証する書類**

**③　提出期限（３０日）を過ぎたときは、遅延理由書**