様式第二号（第三条、第五条関係）

厚生労働省記入欄	登録番号	
	訂正書換え年月日	

収入印紙欄
（収入印紙は消印しないで下さい）

ホチキス位置

視能訓練士名簿訂正・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 令和	年　月　日

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)
旧姓併記の希望		有・無	有・無
通称名			
生年月日	大正昭和平成令和西暦　年　月　日	大正昭和平成令和西暦　年　月　日	
性別	男・女	男・女	
変更の事由			

上記により、視能訓練士名簿訂正・免許証書換え交付を申請します。

＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

住所	〒　都道府県		
氏名		電話	（　）

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	