様式第四を次のように改める。

様式第四（第三条の三関係）

厚生労働省記入欄	登録番号	
	再交付年月日	

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

臨床検査技師免許証再交付申請書

登録番号	第　　号	登録年月日	昭和・平成　　年　　月　　日

本籍（国籍）	都道府県

ふりがな	（氏）	（名）
氏名		
	（旧姓）	
通称名		

性別	男
	女

生年月日	大正・昭和・平成・西暦　　年　　月　　日

免許取得資格	昭和・平成　　年　　月　施行　第　　回臨床検査技師試験合格
	（上記試験以外により免許を受けた者にあっては、その資格）

上記の臨床検査技師免許証を（**き損・亡失**）したので、関係書類を添えて免許証の再交付を申請します。

＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

住所	〒　都道府県				
氏名		印		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	