様式第二号を次のように改める。

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<br>平成 | 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<br>昭和<br>平成<br>西暦　年　月　日 | 大正<br>昭和<br>平成<br>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 | |