様式第4

再交付年月日　登録番号
※

収入印紙貼付欄
（消印しないこと）

美容師免許証（免許証明書）再交付申請書

免許証（免許証明書）を交付した者	1 大臣（指定登録機関代表者） 2　都道府県　知事	登録番号	第　号	登録年月日	1 昭和 2 平成　年　月　日 3 令和

本籍（国籍）	都道府県	
ふりがな	（氏）	（名）
氏名		
旧姓・通称名（併記を希望する場合）		
生年月日	1 昭和 2 平成　年　月　日 3 令和	
性別	1 男　2 女	
再交付の理由	1 紛失　2 破損　3 汚損　4 焼失　5 その他（　）	

連絡先電話番号	（　）
住所	郵便番号　― 都道府県
※	

厚生労働大臣
指定登録機関代表者　殿

上記により、関係書類を添えて免許証（免許証明書）の再交付を申請します。

申請日　年　月　日

備考　1 ※印欄には、記入しないこと。
2 該当する数字を○で囲むこと。
3 指定登録機関に申請する場合には、所定の手続により、手数料を納付し、収入印紙は貼らないこと。
4 免許証（免許証明書）に旧姓の併記を希望する場合は、「旧姓・通称名」欄に旧姓を記入すること。
5 外国籍の方で、免許証（免許証明書）に通称名の併記を希望する場合は、「旧姓・通称名」欄に通称名を記入すること。
6 用紙の大きさは、A4とすること。

様式第四を次のように改める。