様式第二号

|  |  |
| --- | --- |
| 本籍　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　氏名　　生年月日　　一　免許取消処分を受けた当時の登録年月日および番号二　試験合格年月日三　再免許申請の事由　右のように再免許を受けたいから申請します。　　　　　年　月　日氏名　　　　福井県知事　　様 |  |
| 診療エツクス線技師再免許申請書 |