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 |