様式第九号

|  |
| --- |
| 診療エツクス線技師籍まつ消申請書  本籍  住所  氏名  生年月日  一　登録年月日および番号  二　まつ消申請の事由  　右のように診療エツクス線技師籍をまつ消して下さるよう、免許証を添えて申請します。  　　　　　年　月　日  氏名  　福井県知事　　様 |