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 |