別添資料４

公益財団法人　東洋療法研修試験財団

理事長　殿

厚生労働大臣免許保有証に関する紛失申立書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1．氏名 |  | 印 |  |
| 代理人氏名  ※本人申請が不可の場合 | | 印 |  |
| 2．生年月日 | 昭和・平成　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | |
| 3．保有証有効期限 | 平成・令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | |
| 4．返納を行う免許保有証に記載されている免許登録番号 | | | |
| あん摩ﾏｯｻｰｼﾞ指圧師: 厚生・厚労・知事免許(　　　　　　都･道･府･県)第　　　 　　　　号 | | | |
| はり師: 厚生・厚労・知事免許(　　　　　　都･道･府･県)第　　　 　　　　号 | | | |
| きゅう師: 厚生・厚労・知事免許(　　　　　　都･道･府･県)第　　　 　　　　号 | | | |
| 5．理　由（紛失等の理由を具体的に記入） | | | |

上記のとおり、厚生労働大臣免許保有証の（　再交付 ・ 書換え　・ 更新　・ 返納　）の申請に際し、申立書を提出いたします。

なお、申請した後で紛失した厚生労働大臣免許保有証を発見した時は、ただちに貴財団に返納いたします。

　令和　　　　　　年　　　　月　　　　日