

様式第四(第14条関係)

精神保健福祉士登録証再交付申請書

収入印紙  
(消印しないこと。)

住 所

登録年月日

登録番号

(フリガナ)

氏 名

年 月 日生

精神保健福祉士法施行規則第14条第1項の規定に基づき、下記の理由により再交付を申請します。

理由

令和 年 月 日

厚生労働大臣  
殿  
指定登録機関代表者

氏 名 印

備考1 指定登録機関に申請する場合には、所定の手続により手数料を納付し、収入印紙ははらないこと。

2 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。

3 用紙の大きさは、A4とすること。