

国 家 試 験 受 験 資 格 認 定 願

|                       |                          |     |       |
|-----------------------|--------------------------|-----|-------|
| 氏 名                   | 印                        |     |       |
| 生 年 月 日               | 年 月 日                    | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 国（本）籍                 | ※日本国籍を有する者は、本籍地の都道府県を記載  |     |       |
| 卒業学校名<br>及び<br>その在学期間 | ( 年 月 ～ 年 月 )            |     |       |
| 外国の免許<br>資格の有無        | 〔 有 ( 年 月取得) ・ 無 〕       |     |       |
| 現 住 所                 | 〒<br><br><br>TEL         |     |       |
| 郵便物送付先<br>(国内連絡先)     | 〒<br><br><br>TEL<br>(続柄) |     |       |
| 申 請 理 由<br>(目 的)      |                          |     |       |

診療放射線技師国家試験を受験するため、別添のとおり関係書類を添えて資格認定を申請する。

年 月 日

厚 生 労 働 大 臣 殿