

アフターケア手帳更新・再交付申請書

帳票種別

37231

※①管轄局

□□

②更新・再交付

1更新
 3再交付

※③受付年月日

元号 年 月 日
9令和

④現在のアフターケア手帳番号

西	曆	年	所	轄	局	傷	病	番	号	振	出	番	号	枝	番	号
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

アフターケア手帳の 更 新 ・ 再 交 付 を申請します。

労働局長 殿

(〒 _____)

住 所 _____

申請者の

(TEL _____)

フリガナ _____

氏 名 _____

※再交付申請の場合、該当する理由に○を付けてください。

- イ. アフターケア手帳を紛失したため
- ロ. アフターケア手帳を汚損したため
- ハ. アフターケア記録欄がなくなったため
- ニ. その他 (具体的に書いてください)

(_____)

備 考

受付印

※印の欄は記入しないでください

お 願 い

- この用紙は、機械で直接処理しますので、折り曲げたり汚したり、また他の用紙を糊付けしないでください。
- 小枠内は、黒ボールペンで、枠からはみ出さないように、表面の右上にある標準字体になって、ていねいに記入してください。
- この用紙は、直射日光・湿気をさけて保管してください。