|  |  |
| --- | --- |
| ※登録番号 |  |
| ※登録年月日 |  |

第１号様式（第２条関係）

**診療エックス線技師免許証返納書**

１　登録番号及び登録年月日

第　　　　　　　　号 　　　　　　　年　　　月　　　日

２　返納理由

**□**　失った免許証を発見した

**□**　免許を取り消された

３　発見又は取消しの年月日

　上記のとおり、免許証を返納します。

　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

**東京都知事　殿**

〔注意〕

１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列４番とすること。

２　免許証を添付すること。

３　該当する**□**の中に　レ　をつけること。

|  |  |
| --- | --- |
| ※都道府県受付印 | ※　保　健　所　受　付　印　等 |
|  |  |