

免許証郵送交付依頼書

次のとおり、郵送による交付を依頼します。

1 依頼日

令和 年 月 日

2 申請資格及び内容（該当する資格・内容を○で囲ってください。）

医師・歯科医師・診療放射線技師・臨床検査技師・衛生検査技師・理学療法士・作業療法士・
視能訓練士・保健師・助産師・看護師・管理栄養士・薬剤師・死体解剖資格認定・准看護師・
栄養士・調理師・製菓衛生師・受胎調節実地指導員
（ 新規申請 ・ 書換え申請 ・ 再交付申請 ）

3 申請者氏名、住所及び連絡先

氏名 _____

住所 _____

連絡先（電話番号） _____

4 送先の氏名、住所及び連絡先（(1)を○で囲むか、(2)にご記入ください。）

(1) 3に同じ

(2) 氏名 _____

住所 _____

連絡先（電話番号） _____

5 提出する切手又はレターパックプラス（(1)にご記入いただくか、(2)を○で囲ってください。）

(1) 切手 _____ 円分

(2) レターパックプラス

6 免責事項等

(1) 郵送は、厚紙を同封のうえ、お送りしますが、郵送時の免許証の折曲げ、紛失等の事故については、一切の責任を負いかねますので、予めご了承ください。

(2) 本依頼書受付後は、送先等の変更は、できませんので、ご注意ください。

(3) 郵便物が前橋市保健所に返送された場合には、直接窓口を受領にお越しいたしますので、ご注意ください。

上記について同意します。

署名（氏名） _____

（以下事務処理欄）申請書整理簿番号： _____

申請区分		本人確認欄			
□免許申請同時 □免許申請受付後（□整理簿入力）		□運転免許証 □マイナンバー □パスポート □他（ ）			
收受（收受日／受領者／確認者）		発送（発送日／発送者）		到着確認（確認日／確認者）	
年 月 日		年 月 日		年 月 日	