

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**2月3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 前橋 花子
〒371-0014
住所 前橋市朝日町三丁目36-17
連絡先 (電話番号) 027-212-8351

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 1.055 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) 前橋 花子

(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	