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

第２号様式（第３条関係）

**診療エックス線技師登録消除申請書**

１　登録者住所、氏名及び生年月日

　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日生

２　登録番号及び登録年月日

第　　　　　　　号 　　　　　　年　　　月　　　日

３　申請理由

□　死亡

□ 失踪の宣告を受けた

□　その他　（　　　　　　　　　　　　）

４　死亡又は失踪の宣告を受けた年月日

　　　　　年　　　月　　　日

　上記のとおり、登録の消除を申請します。

　　　　　　　年　　　月 　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　 　 登録者との続柄 （　　　　　）

**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　死亡又は失踪の場合は、死亡又は失踪の宣告を受けたことを証する書類を添付のこと。

４　該当する□の中に　✔　をつけること。

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