過誤納金還付通知請求書	
納付に係る登録免許税の課税標準及び税額	＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円
計算に誤りがあったこと等により過大となった登録免許税の課税標準及び税額	＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円
当該請求をする理由及び当該請求をするに至った事情の詳細	言語聴覚士籍（名簿）を訂正するに当たり、１つの申請書で＿＿＿カ所の登録事項の訂正を申請した。 その際、１つの申請書に対し 1,000 円の収入印紙を貼付するところ、＿＿＿＿＿円の収入印紙を貼付してしまった。
過誤納となった登録免許税の納付方法（現金納付した登録免許税についてはその納付した収納機関の名称）	収入印紙納付
請求者の住所地	
当該請求に係る登録免許税の還付場所として希望する銀行（振込み希望預貯金口座）又は郵便局の名称及び所在地	
その他参考となるべき事項	○ 籍（名簿）の訂正申請をした年月 平成　　年　　月 ○ 請求者の連絡先 電話：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ○ 籍（名簿）登録番号 第＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿号 ○ 住所地（居住地）を管轄する税務署名及び所在地（※）2 税務署名：＿＿＿＿＿＿＿＿ 所 在 地：＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿＿＿

登録免許税法第３１条第１項の規定による通知をするよう上記により請求する。

年　　月　　日

住　所

氏　名　　㊞

公益財団法人　医療研修推進財団　理事長　殿

（※）１　籍（名簿）の変更の登録をした日から５年を経過する日までご請求ください。（必着）
２　「税務署名」、「所在地」欄は、ご不明の方は記入不要です。