

様式第四号を次のように改める。



厚生労働省記入欄	登録番号		収入印紙欄 (収入印紙は消印しないで下さい)
	再交付年月日		

### 理学療法士（作業療法士）免許証再交付申請書

登録番号	第		号	登録年月日	昭和		平成		年		月		日
------	---	--	---	-------	----	--	----	--	---	--	---	--	---

本籍 (国籍)	都道府県
------------	------

ふりがな	(氏)	(名)
氏名		
通称名		

性別	男
	女

生年月日	大正		昭和		平成		西暦		年		月		日
------	----	--	----	--	----	--	----	--	---	--	---	--	---

免許取得資格	昭和		平成		年		月		施行第			回理学療法士（作業療法士）試験合格
	(上記試験以外により免許を受けた者にあつては、その資格)											

上記の理学療法士（作業療法士）免許証を（き損・亡失）したので、関係書類を添えて免許証の再交付を申請します。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

住所	〒 都道府県												
氏名		印		電話		( )							

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県コード	

(視能訓練士法施行規則の一部改正)

第八条 視能訓練士法施行規則(昭和四十六年厚生省令第二十八号)の一部を次のように改正する。

様式第一号を次のように改める。



厚生労働省記入欄	登録番号	
	登録年月日	

収入印紙欄  
(収入印紙は消印しないで下さい)

様式第一号(第一条の三関係)

## 視能訓練士免許申請書

平成		年	月	施行	第		回	視能訓練士国家試験合格	受験地		受験地コード		
											受験番号		

1～4の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。

1. 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日)

有・無

2. 視能訓練士の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)

有・無

3. 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)

有・無

4. 旧姓併記の希望の有無。

有・無

上記により、視能訓練士免許を申請します。

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

本籍 (国籍)	都道府県
------------	------

住所	〒	都道府県
電話	( )	

ふりがな	(氏)	(名)	印
氏名			
	(旧姓)		
通称名			

性別	男
	女

生年月日	昭和	平成	西暦		年	月	日
------	----	----	----	--	---	---	---

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県コード	

様式第二号を次のように改める。



ホチキス位置

厚生労働省記入欄	登録番号		収入印紙欄 (収入印紙は消印しないで下さい)
	訂正書換え 年 月 日		

様式第二号(第三条、第五条関係)

### 視能訓練士名簿訂正・免許証書換え交付申請書

登録番号	第										号	登録年月日	昭 平	和 成			年			月			日
------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	-------	--------	--------	--	--	---	--	--	---	--	--	---

変更を生じた事項

	変 更 前		変 更 後 ( 第 1 回 )		変 更 後 ( 第 2 回 )							
コード番号												
本籍 (国籍)	都 道 府 県		都 道 府 県		都 道 府 県							
ふりがな	(氏)	(名)	(氏)	(名)	(氏)	(名)						
氏名												
	(旧姓)		(旧姓)		(旧姓)							
旧姓併記の希望			有 ・ 無		有 ・ 無							
通称名												
生年月日	大 昭 平 西	正 和 成 暦		年	大 昭 平 西	正 和 成 暦		年		月		日
性別	男 ・ 女		男 ・ 女		男 ・ 女							
変更の事由												

上記により、視能訓練士名簿訂正・免許証書換え交付を申請します。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

住所	〒 都 道 府 県	
氏名		電 話 ( )

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県 コード	

様式第三号を次のように改める。



様式第三号（第四条関係）

視能訓練士免許証

本籍地都道府県名（国籍）

氏名

年 月 日生

視能訓練士法（昭和四十六年法律第六十四号）により免許された視能訓練士であることを証明する。

年 月 日

厚生労働大臣



視能訓練士名簿登録年月日

視能訓練士名簿登録番号

備考 免許の申請時等に旧姓又は通称名の併記の希望があった場合には、氏名と併せて記載する。



様式第四号を次のように改める。



厚生労働省記入欄	登録番号		収入印紙欄 (収入印紙は消印しないで下さい)
	再交付年月日		

## 視能訓練士免許証再交付申請書

登録番号	第		号	登録年月日	昭和		平成		年		月		日
------	---	--	---	-------	----	--	----	--	---	--	---	--	---

本籍 (国籍)	都道府県
------------	------

ふりがな	(氏)	(名)
氏名		
	(旧姓)	
通称名		

性別	男
	女

生年月日	大昭和 昭平成 平西曆		年		月		日
------	-------------------	--	---	--	---	--	---

免許取得 資格	昭和		平成		年		月	施行第		回視能訓練士試験合格
	(上記試験以外により免許を受けた者にあつては、その資格)									

上記の視能訓練士免許証を（き損・亡失）したので、関係書類を添えて免許証の再交付を申請します。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

住所	〒	都道府県			
氏名		印		電話	( )

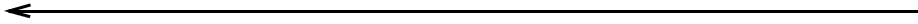
厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県 コード	

(臨床工学技士法施行規則の一部改正)

第九条 臨床工学技士法施行規則(昭和六十三年厚生省令第十九号)の一部を次のように改正する。

様式第一号を次のように改める。



厚生労働省記入欄	登録番号	
	登録年月日	

収入印紙欄  
(収入印紙は消印しないで下さい)

様式第一号(第一条の三関係)

## 臨床工学技士免許申請書

平成		年		月	施行	第		回臨床工学技士国家試験合格	受験地		受験地コード		
										受験番号			

1～4の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。

- 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日)  
有・無 \_\_\_\_\_
- 臨床工学技士の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)  
有・無 \_\_\_\_\_
- 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)  
有・無 \_\_\_\_\_
- 旧姓併記の希望の有無。  
有・無 \_\_\_\_\_

上記により、臨床工学技士免許を申請します。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

本籍 (国籍)	都道府県
------------	------

住所	〒	都道府県
電話	( )	

ふりがな	(氏)	(名)	印
氏名			
	(旧姓)		
通称名			

性別	男
	女

生年月日	昭和 平成 西暦				年		月		日
------	----------------	--	--	--	---	--	---	--	---

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県コード	