

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		

臨床検査技師名簿訂正・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)					
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	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、臨床検査技師名簿訂正・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	

様式第二(第二条の二、第三条の二関係)

様式第三を次のように改める。



様式第三（第三条関係）

臨床検査技師免許証

本籍地都道府県名（国籍）

氏名

年 月 日生

臨床検査技師等に関する法律（昭和三十三年法律第七十六号）により免許された臨床検査技師であることを証明する。

年 月 日

厚生労働大臣

印

臨床検査技師名簿登録年月日

臨床検査技師名簿登録番号

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つた場合には、氏名と併せて記載する。

様式第四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		

臨床検査技師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	大昭和西			正和成暦				年		月		日
------	------	--	--	------	--	--	--	---	--	---	--	---

免許取得資格	昭和		平成		年		月		施行第			回臨床検査技師試験合格
	(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)											

上記の臨床検査技師免許証を(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	

(理学療法士及び作業療法士法施行規則の一部改正)

第七条 理学療法士及び作業療法士法施行規則(昭和四十年厚生省令第四十七号)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)

理学療法士 (作業療法士) 免許申請書

平成	年	月	施行	第	回	理学療法士 (作業療法士) 国家試験合格	受験地	受験番号	受験地コード
----	---	---	----	---	---	-------------------------	-----	------	--------

(理学療法士及び作業療法士法附則第2項の規定により免許を受けようとする者にあつては、免許を得た国名及び年月日並びにその免許の種類)

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 _____
- 理学療法士(作業療法士)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、理学療法士 (作業療法士) 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)

理学療法士(作業療法士)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、理学療法士(作業療法士)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）

理学療法士（作業療法士）免許証

本籍地都道府県名（国籍）

氏名

年 月 日生

理学療法士及び作業療法士法（昭和四十年法律第三百三十七号）により免許された理学療法士（作業療法士）であることを証明する。

年 月 日

厚生労働大臣



理学療法士（作業療法士）名簿登録年月日

理学療法士（作業療法士）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。

