

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、第六条関係)

臨床工学技士名簿訂正・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			有 ・ 無		
通称名									
生年月日	大 昭 平 西	正 和 成 暦	年 月 日	大 昭 平 西	正 和 成 暦	年 月 日	大 昭 平 西	正 和 成 暦	年 月 日
	男 ・ 女			男 ・ 女			男 ・ 女		
性別	男 ・ 女			男 ・ 女			男 ・ 女		
変更の事由									

上記により、臨床工学技士名簿訂正・免許証書換え交付を申請します。

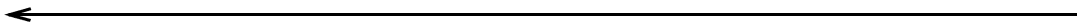
____年____月____日

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

様式第三号を次のように改める。



記入不要	消 除 年 月 日	

臨床工学技士名簿登録消除申請書

様式第三号（第四条関係）

登 録 番 号	第											号	登 録 年 月 日	昭 和						年				月				日
														平 成														

本 国 籍	都 道 府 県
(国 籍)	

ふ り が な	(氏)	(名)
登 録 者 の 氏 名		

登 録 者 の 日	大 正 和 成									年			月				日
生 年 月 日	昭 平 成 西 暦																

消 除 理 由 の	昭 和																																	
生 じ た 年 月 日	平 成																																	

消 除 理 由	死 亡 ・ 失 踪 ・ そ の 他
---------	-------------------

上記により臨床工学技士名簿の登録を消除されたく
免許証及び関係書類を添えて申請します。

____年____月____日

住 所	〒 都 道 府 県		
氏 名		続柄	
電 話	()		

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印

様式第四号を次のように改める。



様式第四号（第五条関係）

臨床工学技士免許証

本籍地都道府県名（国籍）

氏名

年 月 日生

臨床工学技士法（昭和六十二年法律第六十号）により免許された臨床工学技士であることを証明する。

年 月 日

厚生労働大臣

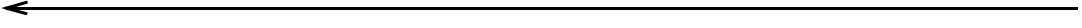
印

臨床工学技士名簿登録年月日

臨床工学技士名簿登録番号

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。

様式第五号を次のように改める。



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

臨床工学技士免許証再交付申請書

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

免許取得資格	昭 平	和 成	年	月	施行	第				回	臨床工学技士試験合格
	(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)										

上記の臨床工学技士免許証を(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

(義肢装具士法施行規則の一部改正)

第十条 義肢装具士法施行規則(昭和六十三年厚生省令第二十号)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)

義肢装具士免許申請書

平成		年		月	施行	第		回	義肢装具士国家試験合格	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. 義肢装具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、義肢装具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

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、第六条関係)

義肢装具士名簿訂正・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)					
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、義肢装具士名簿訂正・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

様式第三号を次のように改める。

