

○厚生労働省令第三百三十一号

あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律（昭和二十二年法律第二百十七号）第十一条、歯科衛生士法（昭和二十三年法律第二百四号）第九条、柔道整復師法（昭和四十五年法律第十九号）第九条、臨床工学技士法（昭和六十二年法律第六十号）第九条、義肢装具士法（昭和六十二年法律第六十一号）第九条、救急救命士法（平成三年法律第三十六号）第二十九条及び言語聴覚士法（平成九年法律第三百二十二号）第二十八条並びに医師法施行令（昭和二十八年政令第三百八十二号）第十一条、歯科医師法施行令（昭和二十八年政令第三百八十三号）第十一条、診療放射線技師法施行令（昭和二十八年政令第三百八十五号）第五条、保健師助産師看護師法施行令（昭和二十八年政令第三百八十六号）第十条、歯科技工士法施行令（昭和三十年政令第二百二十八号）第八条、臨床検査技師等に関する法律施行令（昭和三十三年政令第二百二十六号）第十六条）第二十条、理学療法士及び作業療法士法施行令（昭和四十年政令第三百二十七号）第八条、視能訓練士法施行令（昭和四十六年政令第二百四十六号）第八条及び臨床検査技師、衛生検査技師等に関する法律施行令の一部を改正する政令（平成十八年政令第七十号）附則第二条第一項の規定によりなおその効力を有することとされた同令による改正前の臨床検査技師、衛生検査技師等に関する法律施行令（昭和三十三年政

令第二百二十六号)第二十二条の規定に基づき、医師法施行規則等の一部を改正する省令を次のように定める。

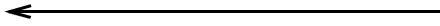
平成三十年十一月九日

厚生労働大臣 根本 匠

医師法施行規則等の一部を改正する省令

(医師法施行規則の一部改正)

第一条 医師法施行規則(昭和二十三年厚生省令第四十七号)の一部を次のように改正する。  
第一号書式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)
---------------------------

## 医師免許申請書

平成	年	月	施行第	回	医師国家試験合格	受験地	受験地コード		
							受験番号		

1～5の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。

1. 成年被後見人又は被保佐人の該当の有無。

有・無

2. 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

3. 医事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

4. 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

5. 旧姓併記の希望の有無。

有・無

上記により、医師免許を申請します。

年 月 日

本籍 (国籍)	都道府県
------------	------

住所	〒 都道府県
----	--------

電話番号	( )
------	-----

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	

(歯科医師法施行規則の一部改正)

第二条 歯科医師法施行規則(昭和二十三年厚生省令第四十八号)の一部を次のように改正する。

第一号書式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)

## 歯科医師免許申請書

平成	年	月	施行第	回	歯科医師国家試験合格	受験地	受験地コード		
							受験番号		

1～5の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。

1. 成年被後見人又は被保佐人の該当の有無。

有・無

2. 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

3. 医事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

4. 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

5. 旧姓併記の希望の有無。

有・無

上記により、歯科医師免許を申請します。

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	

(診療放射線技師法施行規則の一部改正)

第三条 診療放射線技師法施行規則(昭和二十六年厚生省令第三十三号)の一部を次のように改正する。

第一号書式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)

## 診療放射線技師免許申請書

平成	年	月	施行第	回	診療放射線技師国家試験合格	受験地	受験地コード		
							受験番号		

1～3の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。

1. 診療放射線技師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

2. 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

3. 旧姓併記の希望の有無。

有・無

上記により、診療放射線技師免許を申請します。

\_\_\_\_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			

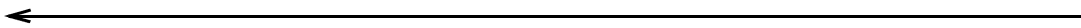
性別	男
	女

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	

第一号書式の二を次のように改める。



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

## 診療放射線技師籍訂正・免許証書換え交付申請書

登録番号	第								号	登録年月日	昭	和							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				有 ・ 無							
通 称 名																
生 年 月 日	大	正		年	大	正		年	大	正		年	大	正		年
	昭	和			昭	和			昭	和			昭	和		
	平	成		月	平	成		月	平	成		月	平	成		月
	西	曆		日	西	曆		日	西	曆		日	西	曆		日
性 別	男 ・ 女				男 ・ 女				男 ・ 女							
変 更 の 事 由																

上記により、診療放射線技師籍訂正・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	

第二号書式を次のように改める。



第二号書式（第四条関係）

診療放射線技師免許証

本籍地都道府県名（国籍）

氏名

年 月 日生

診療放射線技師法（昭和二十六年法律第二百二十六号）により免許された診療放射線技師であることを証明する。

年 月 日

厚生労働大臣

印

診療放射線技師籍登録年月日

診療放射線技師籍登録番号

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。

第二号書式の二を次のように改める。







(保健師助産師看護師法施行規則の一部改正)

第四条 保健師助産師看護師法施行規則(昭和二十六年厚生省令第三十四号)の一部を次のように改正する。

第一号様式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)
---------------------------

## 保健師 免許申請書

平成	年	月	施行第	回保健師国家試験合格	受験地	受験番号	受験地コード
----	---	---	-----	------------	-----	------	--------

該当者のみ記入すること

旧規則	免状下付年月日	昭和 平成	年月日	免状下付都道府県	都道府県	免状下付番号	第	号
米国民政府布令	免許交付年月日	昭和 平成	年月日	米国民政府布令36・162号		免許交付番号	第	号

1～5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. 保健師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. 看護師国家試験合格の有無。(有の場合、看護師籍の登録番号又は看護師国家試験合格の年月等)

有・無

第 号 / 昭和 年 月 施行第 回看護師国家試験合格 受験地 受験番号

5. 旧姓併記の有無。

有・無

上記により、保健師免許を申請します。

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 成 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	

第一号の二様式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)

## 助産師 免許申請書

平成	年	月	施行	第	回	助産師国家試験合格	受験地	受験番号	受験地コード
----	---	---	----	---	---	-----------	-----	------	--------

該当者のみ  
記入すること

旧規則	免状下付年月日	昭和 平成	年	月	日	免状下付都道府県	都道府県	免状下付番号	第	号
米国民政府布令	免許交付年月日	昭和 平成	年	月	日	米国民政府布令36・162号		免許交付番号	第	号

1～5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. 助産師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. 看護師国家試験合格の有無。(有の場合、看護師籍の登録番号又は看護師国家試験合格の年月等)

有・無

第 号 / 昭和 年 月 施行第 回看護師国家試験合格 受験地 受験番号

5. 旧姓併記の希望の有無。

有・無

上記により、助産師免許を申請します。

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 成 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	

第一号の三様式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)
---------------------------

## 看護師免許申請書

平成	年	月	施行第	回	看護師国家試験合格	受験地	受験番号	受験地コード
----	---	---	-----	---	-----------	-----	------	--------

該当者のみ  
記入すること

旧規則	免状下付年月日	昭和 平成	年	月	日	免状下付都道府県	都道府県	免状下付番号	第	号
米国民政府布令	免許交付年月日	昭和 平成	年	月	日	米国民政府布令36・162号		免許交付番号	第	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 \_\_\_\_\_
- 保健師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、看護師免許を申請します。

\_\_\_\_\_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 平 西	和 成 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	

(歯科技工士法施行規則の一部改正)

第五条 歯科技工士法施行規則(昭和三十年厚生省令第二十三号)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。





記入不要	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ください)		
----------------------------	--	--

## 歯科技工士免許申請書

受験地コード

平成	年	月	施行	歯科技工士国家試験合格	受験地		受験番号	
----	---	---	----	-------------	-----	--	------	--

次の有無について必ず該当するどちらかを で囲むこと。

1 歯科医療又は歯科技工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

2 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

3 旧姓併記の希望の有無。

有・無

上記により歯科技工士免許を申請します。

年 月 日

本籍地コード	
本籍 (国籍)	都道府県



電話番号	( )
住所	〒 都道府県

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
------	----------------	--	--	---	--	---	--	---

受付印

厚生労働大臣

指定登録機関代表者 殿

受付印
-----

様式第一号の二を次のように改める。



記入不要	登録番号	
	訂正書換え 交付年月日	

収入印紙欄 (収入印紙は消印しないでください)		
----------------------------	--	--

## 歯科技工士名簿訂正・免許証書換え交付申請書

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

登録都道府県名	都道府県	コード番号



## 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)
旧姓併記の有無		有・無	有・無
通称名			
生年月日	昭和 平成 西暦	昭和 平成 西暦	
	年	年	
	月	月	
	日	日	

変更の理由	
-------	--

上記により歯科技工士名簿訂正・免許証書換え交付を申請します。

年 月 日

電話番号	( )
住所	〒 都道府県
氏名	印

受付印

厚生労働大臣  
指定登録機関代表者 殿

印の欄は記載しないこと。

様式第二号を次のように改める。



記入不要	登録番号	
	再交付年月日	

## 歯科技工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
------	---	--	--	--	---	-------	----	--	--	----	--	---	--	---	--	---

登録都道府県名		都道府県	コード番号		
---------	--	------	-------	--	--

コード番号			
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	昭和			年		月		日					
------	----	--	--	---	--	---	--	---	--	--	--	--	--

免許取得 資格	昭和		年		月	施行	歯科技工士試験合格	受験地	
------------	----	--	---	--	---	----	-----------	-----	--

上記の歯科技工士免許証を（破った・汚した・失った）  
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

電話番号	( )
住所	〒 都道府県
氏名	印

受付印

受付印
-----

厚生労働大臣  
指定登録機関代表者 殿

印の欄は記載しないこと。

(臨床検査技師等に関する法律施行規則の一部改正)

第六条 臨床検査技師等に関する法律施行規則(昭和三十三年厚生省令第二十四号)の一部を次のように改正する。

様式第一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)

## 臨床検査技師免許申請書

平成	年	月	施行第	回	臨床検査技師国家試験合格	受験地	受験地コード		
							受験番号		

1～3の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。

1. 臨床検査技師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

2. 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

3. 旧姓併記の希望の有無。

有・無

上記により、臨床検査技師免許を申請します。

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			

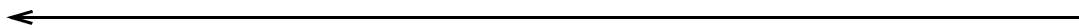
性別	男
	女

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	

様式第二を次のように改める。







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。





(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									
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

印

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。



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ついては、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)

## 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。





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		

## 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 西平成 西暦		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			

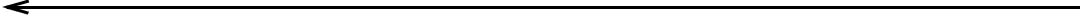
性別	男
	女

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	

様式第二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)
	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
通称名			
生年月日	大 正 和 平 西 暦 年 月 日	大 正 和 平 西 暦 年 月 日	
性別	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。

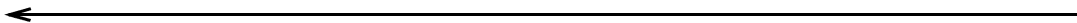
\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

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

登 録 番 号	第									号	登 録 年 月 日	昭 和							年	月	日
---------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	---	-----------	-----	--	--	--	--	--	--	---	---	---

本 ( 国 籍 )	都 道 府 県
--------------	------------

ふ り が な	(氏)	(名)
登 録 者 の 氏 名		

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

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

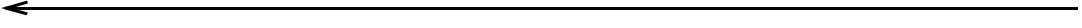
印

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		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 平西								年			月			日
------	-----------	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

免許取得 資格	昭和		平成		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。

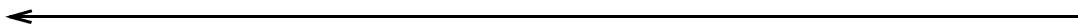
\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

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。



記入不要	消 除 年 月 日	
------	-----------	--

## 義肢装具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	平 成	年	月	日
---------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	-----------	-----	-----	---	---	---

本 国 籍 ( 国 籍 )	都 道 府 県
---------------	---------

ふ り が な	(氏)	(名)
登 録 者 の 氏 名		

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

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

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

上記により義肢装具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）

義肢装具士免許証

本籍地都道府県名（国籍）

氏名

年 月 日生

義肢装具士法（昭和六十二年法律第六十一号）により免許された義肢装具士であることを証明する。

年 月 日

厚生労働大臣

印

義肢装具士名簿登録年月日

義肢装具士名簿登録番号

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		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		

### 義肢装具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	大昭和西 平成						年	月	日
------	------------	--	--	--	--	--	---	---	---

免許取得資格	昭和				年	月	施行第				回	義肢装具士試験合格
	(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)											

上記の義肢装具士免許証を（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。

平成\_\_\_\_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	

(歯科衛生士法施行規則の一部改正)

第十一条 歯科衛生士法施行規則(平成元年厚生省令第四十六号)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。



記入不要	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ください)		
----------------------------	--	--

## 歯科衛生士免許申請書

受験地コード	
--------	--

平成	年	月	施行	第	回	歯科衛生士国家試験合格	受験地		受験番号	
----	---	---	----	---	---	-------------	-----	--	------	--

- 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罰、刑及び刑の確定年月日)  
有・無 \_\_\_\_\_
- 歯科衛生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 \_\_\_\_\_

上記により歯科衛生士免許を申請します。

年 月 日

本籍地コード	
本籍 (国籍)	都道府県

電話番号	( )
住所	〒 都道府県

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
------	----------------	--	---	---	---

受付印
-----

厚生労働大臣  
指定登録機関代表者 殿

受付印
-----

様式第二号を次のように改める。



記入不要	登録番号	
	訂正書換え 交付年月日	

収入印紙欄 (収入印紙は消印しないでください)			
----------------------------	--	--	--

## 歯科衛生士名簿訂正・免許証(免許証明書)書換え交付申請書

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

登録都道府県名		都道府県	コード番号		
---------	--	------	-------	--	--

### 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	昭和 平成 西暦	年 月 日	昭和 平成 西暦	年 月 日		

変更の理由													
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

上記により歯科衛生士名簿訂正・免許証(免許証明書)書換え交付を申請します。 年 月 日

電話番号	( )
住所	〒 都道府県
氏名	印

受付印

厚生労働大臣

指定登録機関代表者 殿

印の欄は記載しないこと。

様式第三号を次のように改める。



記入不要	抹消年月日
------	-------

# 歯科衛生士名簿登録抹消申請書

様式第二号（第四条関係）

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

登録都道府県名	都道府県
---------	------

コード番号	
本籍 (国籍)	都道府県

ふりがな	(氏)	(名)
氏名		

生年月日	昭和					平成				年		月		日
	西暦													

抹消理由の 生じた年月日	平成					年		月		日
-----------------	----	--	--	--	--	---	--	---	--	---

コード番号	
抹消理由	死亡・失踪・その他

上記により歯科衛生士名簿の登録を抹消されたく免許証明書  
及び関係書類を添えて申請します。

年 月 日

住所				
氏名		印	続柄	

受付印

厚生労働大臣  
指定登録機関代表者 殿

印の欄は記載しないこと。

様式第四号を次のように改める。





記入不要	登録番号	
	再交付年月日	

## 歯科衛生士免許証(免許証明書)再交付申請書

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

登録都道府県名		<b>都道府県</b>	コード番号		
---------	--	-------------	-------	--	--

コード番号			
-------	--	--	--

本籍 (国籍)		<b>都道府県</b>
------------	--	-------------

ふりがな(氏名)		(名)
氏名		
	(旧姓)	
通称名		

性別	男
	女

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

--	--	--	--	--	--

免許取得資格	昭和			年			月			施行	第			回	都道府県	歯科衛生士試験合格
--------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	----	---	--	--	---	------	-----------

上記の歯科衛生士免許証(免許証明書)を(破った・汚した・失った)ので関係書類を添えて免許証(免許証明書)の再交付を申請します。

年 月 日

電話番号	( )
------	-----

住所	〒		<b>都道府県</b>
----	---	--	-------------

氏名		印	
----	--	---	--

受付印

厚生労働大臣  
指定登録機関代表者 殿

印の欄は記載しないこと。

(あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律施行規則の一部改正)

第十二条 あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律施行規則(平成二年厚生省令第十九号)の一部を次のように改正する。

次の表のように改正する。



(傍線部分は改正部分)

改正後	改正前
<p>(免許の申請)</p> <p>第一条の三 <u>あん摩マッサージ指圧師の免許を受けようとする者は、様式第一号による申請書を、はり師の免許を受けようとする者は、様式第一号の二による申請書を、きゆう師の免許を受けようとする者は、様式第一号の三による申請書を厚生労働大臣に提出しなければならない。</u></p> <p>2・3 (略)</p>	<p>(免許の申請)</p> <p>第一条の三 免許を受けようとする者は、様式第一号による申請書を厚生労働大臣に提出しなければならない。</p> <p>2・3 (略)</p>

様式第一号を次のように改める。



記入不要	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。）
----------------------------

## あん摩マッサージ指圧師免許申請書

平成 年 月施行第	あん摩マッサージ 指圧師 国家試験合格	回数	受験地	受験番号
-----------	---------------------------	----	-----	------

- 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

---

- あん摩、マッサージ若しくは指圧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

---

- 旧姓併記の希望の有無。 ……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

上記により、あん摩マッサージ指圧師免許を申請します。

本籍コード		年 月 日
本籍 (国 籍)		都道府県

電話	( )
住所	〒 市 都道府県 郡

フリガナ		印	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">性別</td> <td>男</td> </tr> <tr> <td>女</td> </tr> </table>	性別	男	女
性別	男					
	女					
氏名	(氏) (名)	○				
	(旧姓)					
通称名						

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

厚生労働大臣 殿  
指定登録機関代表者

様式第一号の次に次の二様式を加える。



記入不要	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。)

## はり師免許申請書

平成	年	月	施行第	回	はり師 国家試験合格	受験地	受験番号
----	---	---	-----	---	---------------	-----	------

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. はり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. 旧姓併記の希望の有無。 ……有・無

---

4. 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

---

上記により、はり師免許を申請します。

本籍コード				年 月 日
本籍 (国 籍)				都道府県

電 話	( )
住 所	〒 - 都道府県 市郡

フリガナ			印	
氏 名	(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  
指定登録機関代表者



記入不要	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。)
----------------------------

## きゅう師免許申請書

平成 年 月施行第	回	きゅう師 国家試験合格	受験地	受験番号
-----------	---	----------------	-----	------

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. きゅう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. 旧姓併記の希望の有無。 ……有・無


4. 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

上記により、きゅう師免許を申請します。

本籍コード		年 月 日
本籍 (国 籍)		都道府県

電話	( )
住所	〒 - 都道府県 市郡

フリガナ		印	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">性別</td> <td>男</td> </tr> <tr> <td>女</td> </tr> </table>	性別	男	女
性別	男					
	女					
氏名	(氏) (名)					
	(旧姓)					
通称名						

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

厚生労働大臣 殿  
指定登録機関代表者



様式第二号を次のように改める。



記入不要	登録番号	
	訂正書換え 交付年月日	

収入印紙欄

(収入印紙は消印しないで下さい。)

師名簿訂正・免許証(免許証明書)書換え交付申請書

登録番号	第	号	登録年月日	昭和 平成	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			
本籍 (国籍)	都道府県	都道府県	都道府県
フリガナ			
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	大昭和 平成 西暦	大昭和 平成 西暦	性別 男 女
	年 月 日	年 月 日	

変更の理由	※
-------	---

◎都道府県知事免許のみ記入

登録 都道府県名	都道府県	登録 都道府県コード
-------------	------	---------------

上記により、  師名簿訂正・免許証(免許証明書)書換え交付を申請します。

電 話	(                    )	年 月 日
住 所	〒                    都道府県                    市郡	
氏 名	印	生年月日
		大昭和 平成 西暦
		年 月 日

厚生労働大臣  
指定登録機関代表者 殿

様式第三号を次のように改める。





記入不要	消除年月日	
------	-------	--

師名簿登録消除申請書

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

登録都道府県名		都道府県	登録都道府県コード	
---------	--	------	-----------	--

コード	
-----	--

本籍(国籍)		都道府県
--------	--	------

フリガナ				性別	男
氏名	(氏)		(名)		女

生年月日	大昭和西	正和成曆				年	月	日
------	------	------	--	--	--	---	---	---

削除した理由の生じた年月日	平成				年	月	日
---------------	----	--	--	--	---	---	---

コード	
-----	--

消除理由	死亡・失踪・その他
------	-----------

上記により  師名簿の登録を消除されたく免許証(免許証明書)及び関係書類を添えて申請します。

年 月 日

電話	( )
住所	〒 都道府県 市郡
氏名	印

様式第四号を次のように改める。



記入不要	登録番号	
	再交付年月日	

師免許証(免許証明書)再交付申請書

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

都道府県知事免許のみ記入

登録都道府県名		都道府県	登録都道府県コード	
---------	--	------	-----------	--

本籍コード	
本籍(国籍)	都道府県

フリガナ		
氏名	(氏)	(名)
(旧姓)	(氏)	(名)
通称名		

性別	男
	女

生年月日	大昭和 平成			正和 成曆			年		月		日
------	-----------	--	--	----------	--	--	---	--	---	--	---

免許取得資格	昭和 平成			年		月	施行第		回		師試験合格
--------	----------	--	--	---	--	---	-----	--	---	--	-------

上記の                      師免許証(免許証明書)を(破った・汚した・失った)ので、関係書類を添えて免許証(免許証明書)の再交付を申請します。

年 月 日

電話	( )
住所	〒 都道府県 市郡
氏名	印

厚生労働大臣 殿  
指定登録機関代表者

(柔道整復師法施行規則の一部改正)

第十三条 柔道整復師法施行規則(平成二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。



記入不要	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)		

### 柔道整復師免許申請書

平成 年 月施行第		回 柔道整復師国家試験合格	受験地 コード		受験番号				
			受験地						

- 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の事実の確定年月日)  
有・無
- 柔道整復の業務に関し犯罪又は不正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、柔道整復師免許を申請します。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

本籍地コード	
本籍 (国籍)	都道府県

電話番号	( )
住所	〒 _____ 都道府県 _____ 市区郡

ふりがな	(氏)	(名)	
氏名			印
	(旧姓)		
通称名			

性別	男
	女

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

受付印

厚生労働大臣 殿  
 指定登録機関代表者



様式第二号を次のように改める。



記入不要	登録番号	
	訂正書換え 交付年月日	

収入印紙欄 (収入印紙は消印しないで下さい)
---------------------------

### 柔道整復師名簿訂正・免許証書換え交付申請書

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

登録都道府県名	都道府県	財 団
---------	------	-----

#### 変更を生じた事項

	変更前			変更後 (第1回)			変更後 (第2回)							
本籍地コード														
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	昭和 平成 西暦		年	日	昭和 平成 西暦		年	日						

変更の理由														
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

上記により、柔道整復師名簿訂正・免許証書換え交付を申請します。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

電話番号	( )																	
住所	〒 都道府県 市区郡																	
氏名					印	生年月日	昭和 平成 西暦					年			月			日

受 付 印

厚生労働大臣 殿  
指定登録機関代表者

印の欄には記載しないこと

様式第三号を次のように改める。



## 柔道整復師名簿登録消除申請書

記入不要	消除年月日	
------	-------	--

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

登録都道府県名		都道府県	財団
---------	--	------	----

コード番号			
-------	--	--	--

本籍 (国籍)		都道府県
------------	--	------

ふりがな	(氏)	(名)
氏名		

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

消除理由の 生じた年月日						年			月			日
-----------------	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

コード番号		
-------	--	--

消除理由	死亡・失踪・その他
------	-----------

上記により、柔道整復師名簿の登録を消除されたく免許証(免許  
証明書)及び関係書類を添えて申請します。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

電話番号	( )
------	-----

住所	〒	都道府県	市区郡
----	---	------	-----

氏名	
----	--

受付印

厚生労働大臣 殿  
指定登録機関代表者

印の欄には記載しないこと。

様式第四号を次のように改める。



記入不要	登録番号	
	再交付日 年 月 日	

### 柔道整復師免許証再交付申請書

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

登録都道府県名		都道府県	財 団
---------	--	------	-----

本籍地コード		
--------	--	--

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	昭和					年			月			日	平成								
------	----	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---	----	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

免許取得資格	昭和					年			月	施行第			回	都道府県	柔道整復師試験合格
--------	----	--	--	--	--	---	--	--	---	-----	--	--	---	------	-----------

上記の柔道整復師免許証(免許証明書)を(破った・汚した・失った)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

電話番号	( )	
住所	〒	都道府県 市区郡
氏名		印

受 付 印

厚生労働大臣 殿  
指定登録機関代表者

印の欄には記載しないこと

(救急救命士法施行規則の一部改正)

第十四条 救急救命士法施行規則(平成三年厚生省令第四十四号)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。



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)
---------------------------

## 救急救命士免許申請書

平成	年	月	施行第		回	救急救命士国家試験合格	受験地		都	道	受	験	号						
----	---	---	-----	--	---	-------------	-----	--	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

1～3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 救急救命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 旧姓併記の希望の有無。

有・無 \_\_\_\_\_

上記により、救急救命士免許を申請します。

申請年月日				年			月			日
-------	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

本籍地コード		
本籍 (国籍)		都道府県

電話番号	( )
------	-----

住所	〒									都道府県
----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	------

ふりがな	(氏)	(名)	印	性別	男
氏名					女
通称名	(旧姓)				

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

厚生労働大臣  
指定登録機関代表者 殿

備考	1 印欄は記入しないこと。 2 該当する不動文字を で囲むこと。 3 黒ボールペンをを用い、かい書で丁寧に記入すること。 4 この申請書には、所定の登録免許税に相当する収入印紙を貼ること。 5 指定登録機関に申請する場合には、所定の手数料を納付すること。 6 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。 7 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とすること。
----	--

受付印

\* 申請手数料の振替払込受付証明書(お客さま用)は裏面中央部に貼ること。



様式第二号を次のように改める。



登録番号	
訂正・書換え 交付年月日	

収入印紙欄 (収入印紙は消印しないで下さい)
---------------------------

救急救命士名簿訂正・免許証(免許証明書)書換え交付申請書

登録番号	第								号	登録年月日	平成			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)							
本籍地コード																
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																
	(旧姓)				(旧姓)				(旧姓)							
旧姓併記の希望					有・無				有・無							
通称名																
生年月日	昭和 平成 西暦			年				日	昭和 平成 西暦			年				日
			月			月										
性別	男・女				男・女											
変更の理由																

上記により、救急救命士名簿訂正・免許証(免許証明書)書換え交付を申請します。

申請年月日				年			月			日
-------	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

電話番号	( )																		
住所	〒 都道府県																		
氏名					生年月日	昭和 平成 西暦							年			月			日

厚生労働大臣  
指定登録機関代表者 殿

備考 1 印欄は記入しないこと。 2 該当する不動文字を で囲むこと。 3 黒ボールペンをうい、かい書で丁寧に記入すること。 4 この申請書には、所定の登録免許税に相当する収入印紙を貼ること。 5 指定登録機関に申請する場合には、所定の手数料を納付すること。 6 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とすること。
---

受付印

\* 申請手数料の振替払込受付証明書(お客さま用)は裏面中央部に貼ること。

様式第三号を次のように改める。



消除年月日	
-------	--

## 救急救命士名簿登録消除申請書

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

コード番号			
本籍 (国籍)	都道府県		

ふりがな	(氏)	(名)
氏名		

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

消除理由の 生じた年月日	平成			年			月			日
-----------------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

コード番号		
消除理由	死亡・失踪・その他( )	

上記により、救急救命士名簿の登録を消除されたく免許証(免許証明書)及び関係書類を添えて申請します。

申請年月日				年			月			日
-------	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

住所	〒			都道府県			
氏名				印		続柄	
電話番号	( )						

厚生労働大臣  
指定登録機関代表者 殿

受付印

- 備考
- 1 印欄は記入しないこと。
  - 2 該当する不動文字を で囲むこと。
  - 3 黒ボールペンをうい、かい書で丁寧に記入すること。
  - 4 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とすること。

受付印

様式第四号を次のように改める。



登録番号	
再交付年月日	

## 救急救命士免許証再交付申請書

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

本籍地コード		
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	昭和 平成 西暦					年			月			日
------	----------------	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

免許取得 資格	平成			年			月	施行	第			回	救急救命士国家試験合格
------------	----	--	--	---	--	--	---	----	---	--	--	---	-------------

上記の救急救命士免許証を（破った・汚した・失った）ので  
関係書類を添えて免許証の再交付を申請します。

申請年月日				年			月			日
-------	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

電話番号	( )
住所	〒 都道府県
氏名	印

厚生労働大臣  
指定登録機関代表者 殿

備考	<p>1 印欄は記入しないこと。 2 該当する不動文字を で囲むこと。 3 黒ボールペンを用い、かい書で丁寧に記入すること。 4 指定登録機関に申請する場合には、所定の手数料を納付すること。 5 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とすること。</p>
----	--

* 申請手数料の振替払込受付証明書(お客さま用)は裏面中央部に貼ること。
--------------------------------------

受付印
-----

(言語聴覚士法施行規則の一部改正)

第十五条 言語聴覚士法施行規則(平成十年厚生省令第七十四号)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。



記入不要	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)
---------------------------

## 言語聴覚士免許申請書

平成 年 月施行第	回	言語聴覚士 試験合格	受験地	受験地コード	
				受験番号	

- 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 言語聴覚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 \_\_\_\_\_

上記により、言語聴覚士免許を申請します。

年 月 日

コード番号	
本籍 (国 籍)	都 道 府 県

電 話	( )
住 所	都 道 府 県 市 郡 区 町 村 番 地 号

ふりがな	(氏) (名)	印	性 別	男
氏 名	(旧姓)			女
通 称 名				
旧姓併記の希望	有 ・ 無			

生 年 月 日	昭 和 平 西 和 成 暦	年	月	日
---------	---------------	---	---	---

厚生労働大臣  
指定登録機関代表者 殿



様式第二号を次のように改める。



記入不要	登録番号	
	訂正書換え 交付年月日	

収 入 印 紙 欄 （収入印紙は消印しないで下さい）
-------------------------------

言語聴覚士名簿訂正・免許証（免許証明書）書換え交付申請書

登 録 第 号	登 録 年 月 日	平 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)
通 称 名			
旧姓併記の希望		有 ・ 無	有 ・ 無
生 年 月 日	昭 和 平 成 西 暦 年 月 日	昭 和 平 成 西 暦 年 月 日	
性 別	男 ・ 女	男 ・ 女	

変 更 の 理 由	※
-----------	---

上記により、言語聴覚士名簿訂正・免許証（免許証明書）書換え交付を申請します。

年 月 日

電 話	( )
住 所	都 道 府 県 市 郡 区 町 村 番 地 号
氏 名	印 生 年 月 日 昭 和 平 成 西 暦 年 月 日

厚生労働大臣 殿  
指定登録機関代表者

印の欄は記載しないこと。

様式第三号を次のように改める。



記入不要	削除年月日	
------	-------	--

## 言語聴覚士名簿登録消除申請書

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

コード番号		
-------	--	--

本籍(国籍)		都道府県
--------	--	------

ふりがな	(氏)	(名)
氏名		

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

消除理由の生じた年月日	平成						年				月			日
-------------	----	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	---

※コード番号	
--------	--

消除理由	死亡・失踪・その他
------	-----------

上記により言語聴覚士名簿の登録を消除されたく免許証（免許証明書）及び関係書類を添えて申請します。

年 月 日

電 話	( )
住 所	都道府県 市郡 区 町村 番 地号
氏 名	印

厚生労働大臣  
指定登録機関代表者 殿

印の欄は記載しないこと。

様式第四号を次のように改める。



記入不要	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）
---------------------------

言語聴覚士免許証（免許証明書）再交付申請書

登番	録号	第					号	登録年月日	平成		年		月		日
----	----	---	--	--	--	--	---	-------	----	--	---	--	---	--	---

コード番号			
-------	--	--	--

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	昭和 平成 西暦					年			月		日
------	----------------	--	--	--	--	---	--	--	---	--	---

免許取得資格	平成		年		月施行第		回言語聴覚士国家試験合格
--------	----	--	---	--	------	--	--------------

上記の言語聴覚士免許証（免許証明書）を（破った・汚した・失った）ので、関係書類を添えて免許証（免許証明書）の再交付を申請します。

年 月 日

電話	( )			
住所	都道府県	市郡区	町村	番地号
氏名		印		

厚生労働大臣  
指定登録機関代表者 殿

## 附 則

### (施行期日)

1 この省令は、平成三十一年一月一日から施行する。

### (経過措置)

2 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。

3 この省令の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。