

No.

行政処分関係英文証明申請書  
(職種) 免許

本 籍 ( 国 籍 )		都・道・府・県															
氏 名 (通称名)	漢 字																
	ローマ字	(姓)															
		(名)															
生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成 年 (西暦 年) 月 日																
登 録 番 号	第 号	籍 (名簿)	昭和・平成・令和 年														
		登 録	(西暦 年)														
		年 月 日	月 日														
証明を必要とする理由及びその時期																	
提 出 先																	
提 出 先 の 国 名																	
発 送 方 法		郵 送 ・ メ ー ル ・ そ の 他 ( )															

上記の理由により行政処分関係英文証明書が\_\_\_\_部必要ですので、  
( )による行政処分を受けたことがないことを証明していただくよう、お願いいたします。

年 月 日

住 所  
氏 名  
連絡先電話番号  
メールアドレス

厚生労働省医政局\_\_\_\_\_課長 殿

※記入漏れや書類の添付忘れがありますと証明書の交付が遅れる場合があります。  
なお、証明書作成には、書類が厚生労働省に到着後、2ヶ月前後お時間をいただいております。  
ただし、3～5月は通常以上のお時間を頂戴しております。また、各月ごとの申請件数により、  
変動する場合もございますので、余裕のあるご準備をお願いいたします。

## 〔行政処分関係英文証明書〕 申請手続の注意事項

### 行政処分関係英文証明書

医師法等による行政処分を過去に受けたことがない旨を厚生労働省指定様式の英文で証明するもの

申請に当たっては、以下の書類を担当まで郵送してください。

- 行政処分関係英文証明申請書 （１部）
- 希望職種の免許証の写し（日本工業規格A列４番の大きさに縮小し、免許証の裏書のある場合は、裏面の写しも添付してください） （１部）
- 所属長等による英文証明書の発行願（日本に所属先がない場合、海外に在住の場合は不要です） （１部）
- 履歴書（任意様式、ご氏名・学歴・職歴をご記載ください） （１部）
- 日本切手を貼付の上、受取先の住所及び氏名を記入した返送用封筒（送付先数分）
- 厚生労働省から先方機関へ直送をご希望の場合は、同封する書類についてのメモ書き（１部）
- 厚生労働省から先方機関へEメールによる提出をご希望の場合は、Eメールアドレスと宛名、その他記載すべき事項のメモ書き（１部）

#### ＜申請書記入上の注意＞

① 「目的」欄の記入は「○年○月から○○病院へ就職のため」のように証明を必要とする理由を詳細に記入してください。

また、医療に関する理由以外では、発行いたしません。

② 「提出予定時期」、「提出先」欄は、証明書を提出する機関の正式名称及び証明書を提出する年月日を記入してください。

③ 「出国予定年月日」欄は、出国する日が未定の場合は、おおよその時期を記入してください。また、すでに出国されている方は、出国年月日を記入してください。

④ 連絡先の住所及び電話番号は、確実に連絡の取れるところを記入してください。

海外から申請する場合は、日本国内連絡先の住所、電話番号、及びメールアドレスも併記してください。

⑤ 「～（ ）による行政処分を～」の空欄には、以下の法律名を記入してください。

医師・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・医師法  
歯科医師・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・歯科医師法  
保健師、助産師、看護師・・・・・・・・・・保健師助産師看護師法  
診療放射線技師・・・・・・・・・・・・・・・・・・診療放射線技師法  
臨床検査技師、衛生検査技師・・・・・・・・・・臨床検査技師等に関する法律  
理学療法士、作業療法士・・・・・・・・・・理学療法士及び作業療法士法  
視能訓練士・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・視能訓練士法  
臨床工学技士・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・臨床工学技士法

義肢装具士・・・・・・・・・・・・・・・・・・義肢装具士法

⑥ 宛名欄(厚生労働省医政局\_\_\_\_\_課長 殿)の空欄には以下を参考にして、記入してください。

医師、診療放射線技師、臨床検査技師、  
衛生検査技師、理学療法士、作業療法士、→厚生労働省医政局医事課長  
視能訓練士、臨床工学技士、義肢装具士

保健師、助産師、看護師 →厚生労働省医政局看護課長

歯科医師 →厚生労働省医政局歯科保健課長

#### <申請上の注意>

- ・提出先及び目的の記載がない場合は発行できません。また、証明書は必要最低限枚数のみ発行できます。
- ・海外で英文での所属長等による発行願いを受けた場合は、和訳を添付してください。
- ・本人以外の方が申請を行う場合は、本人からの委任状を添付してください。なお、受任者は団体、機関自体とはせず、特定の個人とした委任状を添付してください。
- ・必要な申請書類全てが到着した日の順で証明書の交付を行います。書類の不足や記入の不備がある場合、証明書の交付が遅れることもありますので、書類はよくご確認の上で申請を行ってください。
- ・厚生労働省では本人(もしくは申請受任者)の申請無しに証明書の発行を行うことはいたしません。従って、外国の提出先機関から直接厚生労働省へ証明書発行の依頼がある場合は、厚生労働省にご相談いただく等の対応を行ってください。

#### <照会先>

厚生労働省 医政局 医事課 試験免許室  
免許登録係 英訳担当

〒100-8916 東京都千代田区霞が関 1-2-2

Tel 03-5253-1111 (内線 2576)

平成 年 月 日

厚生労働省医政局\_\_\_\_\_課長 殿

(所属機関名)

(役職・氏名)

印

### 行政処分関係英文証明書の発行願い

現在当機関に所属中の下記の者より出願がありましたので、証明書の発行方よろしくお取り計らい願います。

### 記

1. 免 許 資 格
2. 氏 名
3. 生 年 月 日
4. 本籍(都道府県名)
5. 当機関への在職期間
6. 目 的  
(詳細に記入すること)

7. 勤 務 態 度