

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

受験地コード	○	○		
受験番号	○	○	○	○

平成令和 3 年 2 月施行 第 73 回診療放射線技師国家試験合格

受験地

東京都

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. 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

千葉県 労働 太郎

3. 旧姓併記の希望の有無。

有・無

4. 過去に診療放射線技師を有していたことの有無。(有の場合、登録番号)

有・無

上記により、診療放射線技師免許を申請します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

本籍 (国籍等)	東京 都 道 府 県
-------------	------------

住所	〒100-8916 東京 都 道 府 県 千代田区霞が関1-2-2
電話	03 (5253) 1111

ふりがな	(氏) こうせい	(名) たろう
氏名 (裏面Ⅱ(4)参照)	厚生	太郎
	(旧姓) 労働	太郎
通称名 (裏面Ⅱ(5)参照)		

性別	男
	女

生年月日	昭和	5 年 1 月 1 日
	平成	
	令和	
	西暦	

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	

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

受験地コード	○	○		
受験番号	○	○	○	○

平成令和 3 年 2 月施行 第 6 7 回臨床検査技師国家試験合格

受験地

東京都

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. 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

千葉県 労働 太郎

3. 旧姓併記の希望の有無。

有・無

4. 過去に臨床検査技師免許を有していたことの有無。(有の場合、登録番号)

有・無

上記により、臨床検査技師免許を申請します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

本籍 (国籍等)	東京 都 道 府 県
-------------	------------

住所	〒100-8916 東京 都 道 府 県 千代田区霞が関1-2-2
電話	03 (5253) 1111

ふりがな	(氏) こうせい	(名) たろう
氏名 (裏面Ⅱ(4)参照)	厚生	太郎
	(旧姓) 労働	太郎
通称名 (裏面Ⅱ(5)参照)		

性別	男
	女

生年月日	昭和	平成	5	年	1	月	1	日
	西暦	令和						

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	

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)

理学療法士免許申請書										受験地コード		〇	〇					
平成 令和	3	年	2	月	施行	第	5	6	回	理学療法士国家試験合格	受験地	東京都	受験番号	〇	〇	〇	〇	〇

(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)

1～5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. 理学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

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

千葉県 労働 太郎

4. 旧姓併記の希望の有無。

有・無

5. 過去に理学療法士免許を有していたことの有無。(有の場合、登録番号)

有・無

上記により、理学療法士免許を申請します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

本籍 (国籍等)	東京都
-------------	-----

住所	〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2
----	---------------------------

電話	03 (5253) 1111
----	------------------

ふりがな	(氏) こうせい	(名) たろう
氏名 (裏面Ⅱ(4)参照)	厚生	太郎
	(旧姓) 労働	太郎
通称名 (裏面Ⅱ(5)参照)		

性別	男
	女

生年月日	昭和 平成 令和 西暦	5	年	1	月	1	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	

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)

作業療法士免許申請書										受験地コード		〇〇		
平成 令和	3	年	2	月	施行	第	5	6	回	作業療法士国家試験合格	受験地	東京都	受験番号	〇〇〇〇〇〇

(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)

1～5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. 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

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 千葉県 労働 太郎

4. 旧姓併記の希望の有無。

有・無

5. 過去に作業療法士免許を有していたことの有無。(有の場合、登録番号)

有・無

上記により、作業療法士免許を申請します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

本籍 (国籍等)	東京都
-------------	-----

住所	〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2
----	---------------------------

電話	03 (5253) 1111
----	------------------

ふりがな	(氏) こうせい	(名) たろう
氏名 (裏面Ⅱ(4)参照)	厚生	太郎
	(旧姓) 労働	太郎
通称名 (裏面Ⅱ(5)参照)		

性別	男
	女

生年月日	昭和 平成 令和 西暦	5	年	1	月	1	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	

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)

視能訓練士技師免許申請書

視能訓練士技師免許申請書										受験地		コ	ー	ド	○	○
平成 令和	3	年	2	月施行	第	5	1	回視能訓練士国家試験合格	受験地	東京都	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. 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 千葉県 労働 太郎

4. 旧姓併記の希望の有無。

有・無

5. 過去に視能訓練士免許を有していたことの有。(有の場合、登録番号)

有・無

上記により、視能訓練士免許を申請します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

本籍 (国籍等)		東京都道府県		
住所		〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2		
電話		03 (5253) 1111		
ふりがな		(氏) こうせい	(名) たろう	
氏名 (裏面Ⅱ(4)参照)	厚生		太郎	
	(旧姓) 労働	太郎		
通称名 (裏面Ⅱ(5)参照)				
生年月日	昭和 平成 令和 西暦	5年	1月	1日
性別		男		女

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		