

○厚生労働省令第百七号

関係法律及び関係政令の規定に基づき、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。

令和四年七月二十八日

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。  
次の表のように改正する。

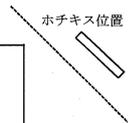
厚生労働大臣 後藤 茂之

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
<p><b>第二十一条</b> 医師は、患者に交付する処方箋に、患者の氏名、年齢、薬名、分量、用法、用量、発行の年月日、使用期間及び病院若しくは診療所の名称及び所在地又は医師の住所を記載し、記名押印又は署名しなければならない。</p>	<p><b>第二十一条</b> 医師は、患者に交付する処方せん<del>に</del>、患者の氏名、年齢、薬名、分量、用法、用量、発行の年月日、使用期間及び病院若しくは診療所の名称及び所在地又は医師の住所を記載し、記名押印又は署名しなければならない。</p>

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



第一号書式(第一条の三関係)

第一号書式を次のように改める。

### 医 師 免 許 申 請 書

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

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. 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 \_\_\_\_\_
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 \_\_\_\_\_
5. 過去に医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、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)
氏名	(旧姓)
通称名	
生年月日	昭和成和西 年 月 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	

(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。

次の表のように改正する。

改 正 後	改 正 前
<p><b>第十三条</b> 国家試験を受けようとする者は、受験願書(第三号書式)に、次に掲げる書類を添えて厚生労働大臣に提出しなければならない。</p> <p>一〜三 (略)</p> <p>四 写真(出願前六箇月以内に脱帽正面で撮影した縦六センチメートル横四センチメートルのもので、その裏面に㊦の記号、撮影年月日及び氏名を記載すること。)</p> <p><b>第二十条</b> 歯科医師は、患者に交付する処方箋に、患者の氏名、年齢、薬名、分量、用法、用量、発行の年月日、使用期間及び病院若しくは診療所の名称及び所在地又は歯科医師の住所を記載し、記名押印又は署名しなければならない。</p>	<p><b>第十三条</b> 国家試験を受けようとする者は、受験願書(第三号書式)に、次に掲げる書類を添えて厚生労働大臣に提出しなければならない。</p> <p>一〜三 (略)</p> <p>四 写真(手札形台紙付とし、出願前六箇月以内に脱帽正面で撮影したもので、その裏面に㊦の記号、撮影年月日及び氏名を記載すること。)</p> <p><b>第二十条</b> 歯科医師は、患者に交付する処方せんに、患者の氏名、年齢、薬名、分量、用法、用量、発行の年月日、使用期間及び病院若しくは診療所の名称及び所在地又は歯科医師の住所を記載し、記名押印又は署名しなければならない。</p>

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)



第一号書式(第一条の三関係)

第一号書式を次のように改める。

### 歯科医師免許申請書

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

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. 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 \_\_\_\_\_
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 \_\_\_\_\_
5. 過去に歯科医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、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)
氏名	(旧姓)
通称名	
生年月日	昭和 平成 西暦 年 月 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	

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)

ホチキス位置

第一号書式(第一条の三関係)

(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。

### 診療放射線技師免許申請書

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

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。

- 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 \_\_\_\_\_
- 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 \_\_\_\_\_
- 過去に診療放射線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、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)
氏名		
	(旧姓)	
通称名		

性別	男
	女

生年月日	昭 平 令 西	和 成 和 曆	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	

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)

ホチキス位置

第一号様式(第一条の三、附則第六項関係)

(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。

保健師 免許申請書										受験地コード	
平成	年	月	施行	第	回	保健師国家試験合格	受験地	受験番号			

該当者のみ記入すること

旧規則 米国民政府布令	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
	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

1~6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 \_\_\_\_\_
  - 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 \_\_\_\_\_ 日 施行第 \_\_\_\_\_ 回看護師国家試験合格 受験地 \_\_\_\_\_ 受験番号 \_\_\_\_\_
  - 旧姓併記の希望の有無。  
有・無 \_\_\_\_\_
  - 過去に保健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、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) _____
氏名	_____
	(旧姓) _____
通称名	_____

性別	男
	女

生年月日	昭和 平成 西	和 成 和 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	

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)

ホチキス位置

第一号の二様式(第一条の三、附則第六項関係)

第一号の二様式を次のように改める。

### 助産師 免許申請書

平成	年	月	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

1～6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 \_\_\_\_\_
- 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 \_\_\_\_\_
- 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 \_\_\_\_\_
- 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 \_\_\_\_\_
- 旧姓併記の希望の有無。  
有・無 \_\_\_\_\_
- 過去に助産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、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)			
氏名	(旧姓)			
通称名				
生年月日	昭和 平成 西 和 成 和 暦	年	月	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	



様式第一号(第一条の三関係)

第五條 歯科技工士法施行規則の一部改正  
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)		
----------------------------	--	--

ホチキス位置

歯科技工士免許申請書

受験地コード

平成 令和	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。

- 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 \_\_\_\_\_
- 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 \_\_\_\_\_
- 過去に歯科技工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)
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

(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。

次の表のように改正する。

	改正後		改正前
<p>六・七 (略)</p>	<p>(受験の手続)</p> <p>第八条 試験を受けようとする者は、様式第五による受験願書に次に掲げる書類を添え、これを厚生労働大臣に提出しなければならない。</p> <p>一 一三 (略)</p> <p>四 令第十八条第三号に該当する者であるときは、次に掲げるいずれかの書類及び令第十八条第三号に規定する大学又は学校若しくは臨床検査技師養成所において厚生労働大臣の指定する検査並びに採血及び検体採取に関する科目を修めたことを証する書類</p> <p>イ 令第十八条第三号イに該当する者であるときは、卒業証書の写し又は卒業証明書</p> <p>ロ (略)</p> <p>(削る)</p> <p>ハ 令第十八条第三号ハに該当する者であるときは、外国の医学校、歯科医学校、獣医学校若しくは薬学校を卒業し、又は外国で獣医師免許若しくは薬剤師免許を受けたことを証する書類</p> <p>五 令第十八条第四号に該当する者であるときは、卒業証書の写し又は卒業証明書並びに同号の規定による厚生労働大臣の指定する検査並びに採血及び検体採取に関する科目を修めたことを証する書類</p>		<p>(受験の手続)</p> <p>第六条 試験を受けようとする者は、様式第五による受験願書に次に掲げる書類を添え、これを厚生労働大臣に提出しなければならない。</p> <p>一 一三 (略)</p> <p>四 令第十八条第三号に該当する者であるときは、次に掲げるいずれかの書類及び令第十八条第三号に規定する大学又は学校若しくは臨床検査技師養成所において厚生労働大臣の指定する生理学的検査及び採血に関する科目を修めたことを証する書類</p> <p>イ 令第十八条第三号イ又はハに該当する者であるときは、卒業証書の写し又は卒業証明書</p> <p>ロ (略)</p> <p>ハ 令第十八条第三号ニに該当する者であるときは、卒業証書の写し又は卒業証明書及び同号ニの規定による厚生労働大臣の指定する検査に関する科目を修めたことを証する書類</p> <p>ニ 令第十八条第三号ホに該当する者であるときは、外国の医学校、歯科医学校、獣医学校若しくは薬学校を卒業し、又は外国で獣医師免許若しくは薬剤師免許を受けたことを証する書類</p> <p>(新設)</p>
<p>五・六 (略)</p>			

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)

ホチキス位置

様式第一 (第一条の五関係)

様式第一を次のように改める。

### 臨床検査技師免許申請書

平成令和	年	月	施行	第	回臨床検査技師国家試験合格	受験地	受験番号	受験地コード
------	---	---	----	---	---------------	-----	------	--------

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 \_\_\_\_\_

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。

\_\_\_\_\_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)
氏名		
	(旧姓)	
通称名		

性別	男
	女

生年月日	昭 平 西	和 成 曆	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	

(薬剤師法施行規則の一部改正)

第七条 薬剤師法施行規則(昭和三十六年厚生省令第五号)の一部を次のように改正する。  
次の表のように改正する。

改正後	改正前
<p>(居宅等において行うことのできる調剤の業務)</p> <p>第十三条の二 法第二十二條に規定する厚生労働省令で定める調剤の業務は、次に掲げるものとする。</p> <p>一 薬剤師が、処方箋中に疑わしい点があるかどうかを確認する業務及び処方箋中に疑わしい点があるときは、その処方箋を交付した医師又は歯科医師に問い合わせて、その疑わしい点を確かめる業務</p> <p>二 薬剤師が、処方箋を交付した医師又は歯科医師の同意を得て、当該処方箋に記載された医薬品の数量を減らして調剤する業務(調剤された薬剤の全部若しくは一部が不潔になり、若しくは変質若しくは変敗するおそれ、調剤された薬剤に異物が混入し、若しくは付着するおそれ又は調剤された薬剤が病原微生物その他疾病の原因となるものに汚染されるおそれがない場合に限る。)</p> <p>(処方箋の記入事項)</p> <p>第十五条 法第二十六條の規定により処方箋に記入しなければならない事項は、調剤済みの旨又は調剤量及び調剤年月日のほか、次のとおりとする。</p> <p>一 (略)</p> <p>二 法第二十三條第二項の規定により医師、歯科医師又は獣医師の同意を得て処方箋に記載された医薬品を変更して調剤した場合には、その変更の内容</p> <p>三 (略)</p> <p>(調剤録の記入事項)</p> <p>第十六条 法第二十八條第二項の規定により調剤録に記入しなければならない事項は、次のとおりとする。ただし、その調剤により当該処方箋が調剤済みとなつた場合は、第一号、第三号、第五号及び第六号に掲げる事項のみ記入すること足りる。</p> <p>一 五 六 (略)</p> <p>七 処方箋の発行年月日</p> <p>八 処方箋を交付した医師、歯科医師又は獣医師の氏名</p> <p>九 十 (略)</p>	<p>(居宅等において行うことのできる調剤の業務)</p> <p>第十三条の二 法第二十二條に規定する厚生労働省令で定める調剤の業務は、次に掲げるものとする。</p> <p>一 薬剤師が、処方せん中に疑わしい点があるかどうかを確認する業務及び処方せん中に疑わしい点があるときは、その処方せんを交付した医師又は歯科医師に問い合わせて、その疑わしい点を確かめる業務</p> <p>二 薬剤師が、処方せんを交付した医師又は歯科医師の同意を得て、当該処方せんに記載された医薬品の数量を減らして調剤する業務(調剤された薬剤の全部若しくは一部が不潔になり、若しくは変質若しくは変敗するおそれ、調剤された薬剤に異物が混入し、若しくは付着するおそれ又は調剤された薬剤が病原微生物その他疾病の原因となるものに汚染されるおそれがない場合に限る。)</p> <p>(処方せんの記入事項)</p> <p>第十五条 法第二十六條の規定により処方せんに記入しなければならない事項は、調剤済みの旨又は調剤量及び調剤年月日のほか、次のとおりとする。</p> <p>一 (略)</p> <p>二 法第二十三條第二項の規定により医師、歯科医師又は獣医師の同意を得て処方せんに記載された医薬品を変更して調剤した場合には、その変更の内容</p> <p>三 (略)</p> <p>(調剤録の記入事項)</p> <p>第十六条 法第二十八條第二項の規定により調剤録に記入しなければならない事項は、次のとおりとする。ただし、その調剤により当該処方せんが調剤済みとなつた場合は、第一号、第三号、第五号及び第六号に掲げる事項のみ記入すること足りる。</p> <p>一 五 六 (略)</p> <p>七 処方せんの発行年月日</p> <p>八 処方せんを交付した医師、歯科医師又は獣医師の氏名</p> <p>九 十 (略)</p>

様式第一（第一条関係）

収入  
印紙

様式第一を次のように改める。

## 薬 剤 師 免 許 申 請 書

- 1 年 月施行第 回薬剤師国家試験合格  
(受験地 ) 合格証書番号第 号
- 2 罰金以上の刑に処せられたことはありません。(あるときは、その罪、刑及び刑の確定年月日)
- 3 薬事に関し犯罪又は不正の行為を行つたことはありません。(あるときは、違反の事実及び年月日)
- 4 旧姓併記の有無。(有の場合は希望する旧姓)  
有・無
- 5 過去に薬剤師免許を有していたことの有無。(有の場合は登録番号)  
有・無

上記により、薬剤師免許を申請します。

年 月 日

本 籍 (国籍)

住 所

ふりがな

氏 名

(男・女)

年 月 日生

電 話 ( )

## 厚生労働大臣 殿

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 収入印紙には、消印をしないこと。
- 4 領収証書は、裏面に貼ること。

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)

ホチキス位置

様式第一号(第一条の三関係)

第八條 (理学療法士及び作業療法士法施行規則の一部改正)  
 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。

### 理学療法士(作業療法士)免許申請書

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

(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。

- 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 \_\_\_\_\_
- 過去に理学療法士(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、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)
氏名		
	(旧姓)	
通称名		

性別	男
	女

生年月日	昭和	平成	令和	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	

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)

(視能訓練士法施行規則の一部改正)  
 第九条 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。

**視能訓練士免許申請書**

平成	年	月	第	回	視能訓練士国家試験合格	受験地	受験番号	受験地コード
----	---	---	---	---	-------------	-----	------	--------

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。

- 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 \_\_\_\_\_
- 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 \_\_\_\_\_
- 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 \_\_\_\_\_
- 過去に視能訓練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、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)
氏名		
	(旧姓)	
通称名		

性別	男
	女

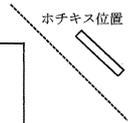
生年月日	昭和 平成 西	和成 令和 暦	年	月	日
------	---------------	---------------	---	---	---

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	

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)

(臨床工学技士法施行規則の一部改正)  
 第十条 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。

### 臨床工学技士免許申請書

平成 令和	年	月	施行	第	回臨床工学技士国家試験合格	受験地	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. 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. 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 \_\_\_\_\_
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 \_\_\_\_\_
5. 過去に臨床工学技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、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)
氏名	(旧姓)
通称名	
生年月日	昭和 平成 西暦
	年 月 日

性別	男
	女

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印

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)

第十一條 (義肢装具士法施行規則の一部改正)  
 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。

### 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。
- 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 \_\_\_\_\_
  - 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 \_\_\_\_\_
  - 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 \_\_\_\_\_
  - 過去に義肢装具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、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)
氏名		
	(旧姓)	
通称名		

性別	男
	女

生年月日	昭和 平成 西	和成 和暦								年	月	日
------	---------------	----------	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印
-----------

様式第一号(第一条の三関係)

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



(歯科衛生士法施行規則の一部改正)  
第十二条 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。

歯科衛生士免許申請書

						受験地コード		
平成 令和	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 \_\_\_\_\_
- 過去に歯科衛生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)
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

様式第一号(第一条の三関係)

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 令和	年 月 施行第	あん摩マッサージ 回 指圧師 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. 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 \_\_\_\_\_
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 \_\_\_\_\_
5. 過去にあん摩マッサージ指圧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、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	〒 _____	都道 府県	市 郡
-----	---------	----------	--------

フリガナ		
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

(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施行規則の一部改正)  
第十三条 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。  
様式第一号を次のように改める。

様式第一号の二(第一条の三関係)

様式第一号の二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。)	
----------------------------	--

はり師免許申請書

平成 令和	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
5. 過去にはり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、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	(氏)	(名)
氏 名	(旧姓)	
通 称 名		

性別	男
	女

生 年 月 日	昭和 平成 令和 西暦	年	月	日
---------	----------------------	---	---	---

厚生労働大臣 殿  
指定登録機関代表者

様式第一号の三(第一条の三関係)

様式第一号の三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。)	
----------------------------	--

きゅう師免許申請書

平成 令和	年	月	施行第	回	きゅう師 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、その罪、刑及び刑の確定年月日)……………有・無 \_\_\_\_\_
- 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 \_\_\_\_\_
- 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 \_\_\_\_\_
- 過去にきゅう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、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		
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)
---------------------------

様式第一号(第一条の三関係)

第十四条 (柔道整復師法施行規則の一部改正)  
 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。

### 柔道整復師免許申請書

平成 令和	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
- 過去に柔道整復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、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 市 区 府 県 郡
-----	-----------------------------

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 曆	年	月	日
---------	-----------------	---	---	---

受 付 印

厚生労働大臣 殿  
指定登録機関代表者

※ 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)

第十五条(救急救命士法施行規則の一部改正)  
 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。

### 救急救命士免許申請書

平成 令和	年	月	施行	第	回	救急救命士国家試験合格	受験地	都	道	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 \_\_\_\_\_
  - 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 \_\_\_\_\_
  - 旧姓併記の希望の有無。  
有・無 \_\_\_\_\_
  - 過去に救急救命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、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)	性別	男
氏名				女
申請手続1(2)②参照	(旧姓)			
通称名 申請手続2(5)参照				

生年月日	昭和 平成 令和 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 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、A4とすること。
----	--

\* 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
-------

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)				

様式第一号(第一条の三関係)

第十六条(言語聴覚士法施行規則の一部改正) 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。

言語聴覚士免許申請書

平成 令和	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 \_\_\_\_\_
- 4 過去に言語聴覚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、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	番地号
----	------	----	---	----	---	-----

ふりがな	(氏)	(名)
氏名	(旧姓)	
通称名		
旧姓併記の希望	有	無

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

附 則

(施行期日)

第一条 この省令は、公布の日から施行する。  
(経過措置)

第二条 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。

2 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。

3 臨床検査技師等に関する法律施行令の一部を改正する政令(令和二年政令第三百六十六号)附則第二項各号のいずれかに該当する者については、この省令による改正前の臨床検査技師等に関する法律施行規則第六条(第四号に係る部分に限る。)の規定は、なおその効力を有する。