（理学療法士及び作業療法士法施行規則の一部改正）

第八条　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。

様式第一号（第一条の三関係）

厚生労働省記入欄	登録番号	
	登録年月日	

ホチキス位置

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

受験地コード		

平成 令和	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	

（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っては、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（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　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

４．旧姓併記の希望の有無。

有・無

５．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	