様式第一（第一条の五関係）

ホチキス位置

| 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 | | |
|---|---|---|

| 平成<br>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 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

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 | 昭和<br>平成<br>令和<br>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 | |