

様式第四号(第五条関係)

臨床工学技士免許証	
本籍地都道府県名(国籍)	
氏名	
年 月 日 生	
臨床工学技士法(昭和六十二年法律第六十号)により免許された臨床工学技士であることを証明する。	
年 月 日	
厚生労働大臣	印
臨床工学技士名簿登録年月日	
臨床工学技士名簿登録番号	
備考 免許の申請時等に旧姓又は通称名の併記の希望があった場合には、氏名と併せて記載する。	