

(職種) _____

免許証英訳文証明申請書

※記入もれがありますと証明書の交付が遅れる場合があります

本 籍 (国 籍)		都・道・府・県												
氏 名 (及び通称名)	漢 字													
	ローマ字	(姓)												
		(名)												
生 年 月 日	大正・昭和・平成 年 (西暦 年) 月 日													
交 付 年 月 日	昭和・平成 年 (西暦 年) 月 日													
籍 (名簿) 登録年月日	昭和・平成 年 (西暦 年) 月 日													
登 録 番 号	第 _____ 号 ※右ツメで記入して下さい													
資 格	昭和・平成 年 (西暦 年) 月 第 _____ 回 国家試験合格 ※医師・歯科医師の方のみ記入して下さい													
証 明 を 必 要 と す る 理 由 及 び そ の 時 期	※複数発行を希望する方はそのすべてを記入して下さい													
提 出 先 及 び 提 出 予 定 時 期	※複数発行を希望する方はそのすべてを記入して下さい													
提 出 先 の 国 名														
出 国 予 定 年 月 日	平成 年 月 日 ※既に出国された方は出国年月日を記入して下さい													

上記の理由により (職種) _____ 免許証英訳文証明書が _____ 部必要ですので、交付方お願いいたします。

令和 年 月 日

住 所 _____
氏 名 _____
連絡先電話番号 _____
メールアドレス _____

厚生労働省医政局 _____ 課長 殿

〔免許証英訳文証明書〕 申請手続の注意事項

免許証英訳文証明書

免許証の記載内容を英訳し、厚生労働省指定様式により証明するもの

申請に当たっては、以下の書類を担当まで郵送してください。

- 免許証英訳文証明申請書（1部）
- 希望職種の免許証の写し（日本工業規格A列4番の大きさに縮小し、免許証に裏書のある場合は、裏面の写しも添付してください）（1部）
- 日本切手を貼付の上、受取先の住所及び氏名を記入した返送用封筒（送付先数分）
- 厚生労働省から先方機関へ直送をご希望の場合は、同封する書類についてのメモ書き（1部）
- 厚生労働省から先方機関へEメールによる提出をご希望の場合は、Eメールアドレスと宛名、その他記載すべき事項のメモ書き（1部）

<申請書記入上の注意>

- ① 「証明を必要とする理由及びその時期」欄の記入は「〇年〇月から〇〇大学へ留学のため」のように詳細に記入してください（※複数発行を希望する方はその理由全てを記入してください）。
また、医療に関する理由以外では、発行いたしません。
- ② 「提出先及び提出予定時期」欄は、証明書を提出する機関の正式名称及び証明書を提出する年月日を記入してください（※複数発行を希望する方はその提出先全てを記入してください）。
- ③ 「出国予定年月日」欄は、出国する日が未定の場合は、おおよその時期を記入してください。また、すでに出国されている方は、出国年月日を記入してください。
- ④ 連絡先の住所及び電話番号は、確実に連絡の取れるところを記入してください。
海外から申請する場合は、日本国内連絡先の住所、電話番号及びメールアドレスも併記してください。
- ⑤ 宛名欄(厚生労働省医政局_____課長 殿)の空欄には以下を参考にして、記入してください。

医師、診療放射線技師、臨床検査技師、
衛生検査技師、理学療法士、作業療法士、→厚生労働省医政局医事課長
視能訓練士、臨床工学技士、義肢装具士

保健師、助産師、看護師 →厚生労働省医政局看護課長

歯科医師 →厚生労働省医政局歯科保健課長

<申請上の注意>

- ・提出先及び必要とする理由の記載がない場合は発行できません。また、証明書は必要最低限枚数のみ発行できます。
- ・本人以外の方が申請を行う場合は、本人からの委任状（任意様式）を添付してください。なお、受任者は団体、機関自体とはせず、特定の個人とした委任状を添付してください。
- ・必要な申請書類全てが到着した日の順で証明書の交付を行います。書類の不足や記入の不備がある場合、証明書の交付が遅れることもありますので、書類はよくご確認の上で申請を行ってください。
- ・厚生労働省では本人（もしくは申請受任者）の申請無しに証明書の発行を行うことはいたしません。従って、外国の提出先機関から直接厚生労働省へ証明書発行の依頼がある場合は、厚生労働省にご相談いただく等の対応を行ってください。

<照会先>

厚生労働省 医政局 医事課 試験免許室
免許登録係 英訳担当

〒 100-8916 東京都千代田区霞が関 1-2-2

Tel 03-5253-1111（内線 2576）

記入例 (職種) 医師

免許証英訳文証明申請書

※記入もれがありますと証明書の交付が遅れる場合があります

本籍 (国籍)	日本 東京	都・道・府・県
氏名 (及び通称名)	漢字	日本 太郎
	ローマ字	(姓) N I H O N (名) T A R O U
生年月日	大正昭和平成 54 年 (西暦 1979 年) 5 月 17 日	
交付年月日	昭和・平成 16 年 (西暦 2004 年) 5 月 21 日	
籍(名簿)登録年月日	昭和・平成 16 年 (西暦 2004 年) 5 月 21 日	
登録番号	第 1 2 3 4 号 ※右ツメで記入して下さい	
資格	昭和・平成 16 年 (西暦 2004 年) 3 月 第 89 回 国家試験合格 ※医師・歯科医師の方のみ記入して下さい	
証明を必要とする理由及びその時期	※複数発行を希望する方はそのすべてを記入して下さい 災害発生時の医療支援活動時に使用 必要とする時期は派遣決定時のため未定	
提出先及び提出予定時期	※複数発行を希望する方はそのすべてを記入して下さい 医療支援活動国政府 提出予定時期は派遣決定時のため未定	
提出先の国名	派遣決定時のため未定	
出国予定年月日	平成 未定 年 月 日 ※既に出国された方は出国年月日を記入して下さい	

上記の理由により (職種) 医師 免許証英訳文証明書が 1 部必要ですので、交付方お願いいたします。

令和 4 年 9 月 1 日

住所 東京都千代田区〇〇〇 1-2-3
氏名 東京 太郎
連絡先電話番号 03-1234-5678
メールアドレス 000@gmail.com

厚生労働省医政局 医事 課長 殿