様式第二(第11条関係)

精 神 保 健 福 祉 士 登 録 申 請 書

(フリガナ) 氏　　名	(姓)	(名)	性　　別	□男　□女
	(旧姓)		※性別欄は、任意選択とする。 ※旧姓欄・通称欄については、精神保健福祉士登録簿及び精神保健福祉士登録証に旧姓又は通称の併記を希望する者のみ記入すること。	
	(通称)			

生年月日		年		月		日	本籍地 (外国籍の場合は、その国籍等)	都道 府県	本籍地 コード	
郵便番号		電話番号								
フリガナ										
現住所	都道 府県									
試験に合格した年月		年		月	試験合格証書番号					

そ の 他	□　精神の機能の障害により精神保健福祉士の業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者 □　拘禁刑以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過しない者 □　精神保健福祉士法(以下「法」という。)の規定その他精神障害者の保健又は福祉に関する法律の規定であって精神保健福祉士法施行令第1条に規定するものにより、罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過しない者 □　法第32条第1項第2号又は第2項の規定により登録を取り消され、その取消しの日から起算して2年を経過しない者

私は、精神保健福祉士の登録を受けたいので、上記の事項について、虚偽の記載をせず、かつ、事実を隠ぺいしていないことを誓い、精神保健福祉士法施行規則第11条の規定により申請します。

年　　月　　日

厚 生 労 働 大 臣
指定登録機関代表者　　殿

収入印紙(消印しないこと。)

備考　1　該当する□は、レと記入すること。

2　この申請書には、所定の登録免許税に相当する収入印紙又は領収証書を貼ること。

3　指定登録機関に申請する場合には、所定の手続により登録手数料を納付すること。

4　この登録申請書は機械で処理するので、折り曲げたり、汚したりしないこと。申込書の各欄に記入するときには、必ずHBの鉛筆を使用すること。

また、文字等の訂正をする場合には、プラスチック消しゴムを使用し、消し残りのないように完全に消すこと。

5　用紙の大きさは、A4とすること。

(精神保健福祉士登録申請書)

氏　　名	(姓)	(名)	個　人 番　号	

受付年月日：＿＿＿＿＿＿＿＿年＿＿＿＿＿＿月＿＿＿＿＿＿日