**免許証英訳文証明書交付申請について**

**必要書類等は以下のとおりです。**

**１．英訳文証明書申請書**

・申請書は１免許ずつ記入し、すべての項目に記入漏れのないようにすること。

・「登録区分」の欄は、知事免許のみ登録都道府県を記入すること。

・「証明を必要とする理由」の欄には、「○○大学へ留学のため」、「○○病院へ就職するため」

等、その理由を具体的に書くこと。

・提出機関名は詳細に書くこと。

・連絡先の住所および電話番号は、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および電話番号も併記してください。

・お持ちのあん摩マッサージ指圧師はり師きゅう師の免許証に旧姓・通称名の記載のある場合

は、氏名欄に旧姓・通称名記入してください。

**２．あん摩マッサージ指圧師はり師きゅう師免許証（免許証明書）のコピー**

・免許証（免許証明書）に裏書のあるものは、そのコピーも添付

**３．英訳文証明書郵送用封筒**

・角２ｻｲｽﾞ（Ａ4の用紙が折らずに入る封筒）に受取人住所・氏名を記入し、

**530円分の切手（簡易書留350円＋郵送料180円）**を貼ったもの。

**４．手数料：1通につき2,950円**

手数料の納め方

下記、財団の指定口座へ払い込み、払込証明となる受領書等の原符（コピー不可）を申請書の

裏側に貼ってください。財団窓口では現金の取り扱いはしておりません。

【ゆうちょ銀行・郵便局】

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便振替口座番号 | 振込口座名 |
| 00100－７－609377 | 公益財団法人　東洋療法研修試験財団 |

【その他の金融機関】

|  |  |
| --- | --- |
| みずほ銀行 稲荷町支店 | 振込口座名 |
| 普通預金　№2024867 | （ |

・ＡＴＭの場合は、「**ご利用明細票**」（原符）を貼ること。

・手数料をまとめて払い込んだ場合は、払込証明となる受領書等の原符（コピー不可）を

いずれかの申請書の裏面に貼りつけること。（例：２通　5,900円）

◎英文による申請は、海外で使用する場合に限らせていただきます。

出国の予定が決まった時点、また、提出先の機関名が具体的に決まった時点で申請して

ください。

◎代理で申請・受理を行う場合は、本人が自署、押印した委任状を添付してください。

受任者が親族・知人である場合は、氏名、住所、本人との続柄を、業務等提携している

機関の場合は、機関名、所属部署、所在地等を記載してください。

◎証明書発行までには申請書を不備なく受け付けてから約２週間かかります。

申請書の提出先及び照会先

〒　110-0005　　東京都台東区上野7-6-5　　VORT上野Ⅱ　6階

公益財団法人　東洋療法研修試験財団　登録・研修部　　℡03-5811-1666

あん摩マッサージ指圧師免許証英訳文証明書申請書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本 籍（国籍） | | 都・道・府・県 | | | | |
| 氏　名 | 漢　字 |  | | 旧 姓 |  | |
| 通称名 |
| ローマ字 |  | | （ | ） | |
| 生年月日 | | 昭和・平成　　　　　年（西暦　　　　　年）　　　　月　　　　日生 | | | | |
| 登録区分 | | 厚生大臣・厚生労働大臣 ／　知事免許　　　　　　　都・道・府・県 | | | | |
| 登録番号 | | 第　　　　　　　　　　　　　　号 | | | | |
| 登録年月日 | | 昭和・平成・令和　　　　年（西暦　　　　　年）　　　月　　　　日 | | | | |
| 証明を必要  とする理由 | |  | | | | |
| 上記の時期 | | 令和　　　年　　　月から（試験等の場合は実施される月） | | | | |
| 出国予定年月日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 | 滞在予定期間 | | | 年　　　カ月 |
| 提出先国名 | |  | | | | |
| 提出先機関　※ | |  | | | | |
| 現在の勤務先 | |  | 職　　　名 | | |  |

（※提出先機関が複数ある場合はそれぞれ記入ください）

上記によりあん摩マッサージ指圧師英訳文証明書を　　　通申請します。

令和　　　年　　　月　　　日

住所

連絡先電話番号

氏　　名　 　　　　　　　　　　　　　　　　　印

公益財団法人　東洋療法研修試験財団　理事長　殿

はり師免許証英訳文証明書申請書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本 籍（国籍） | | 都・道・府・県 | | | | |
| 氏　名 | 漢　字 |  | | 旧 姓 |  | |
| 通称名 |
| ローマ字 |  | | （　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 生年月日 | | 昭和・平成　　　　　年（西暦　　　　　年）　　　　月　　　　日生 | | | | |
| 登録区分 | | 厚生大臣・厚生労働大臣 ／　知事免許　　　　　　　都・道・府・県 | | | | |
| 登録番号 | | 第　　　　　　　　　　　　　　号 | | | | |
| 登録年月日 | | 昭和・平成・令和　　　　年（西暦　　　　　年）　　　月　　　　日 | | | | |
| 証明を必要  とする理由 | |  | | | | |
| 上記の時期 | | 令和　　　年　　　月から（試験等の場合は実施される月） | | | | |
| 出国予定年月日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 | 滞在予定期間 | | | 年　　　カ月 |
| 提出先国名 | |  | | | | |
| 提出先機関　※ | |  | | | | |
| 現在の勤務先 | |  | 職　　　名 | | |  |

（※提出先機関が複数ある場合はそれぞれ記入ください）

上記によりはり師英訳文証明書を　　　通申請します。

令和　　　年　　　月　　　日

住所

連絡先電話番号

氏　　名　 　　　　　　　　　　　　　　　　　印

公益財団法人　東洋療法研修試験財団　理事長　殿

きゅう師免許証英訳文証明書申請書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本 籍（国籍） | | 都・道・府・県 | | | | |
| 氏　名 | 漢　字 |  | | 旧 姓 |  | |
| 通称名 |
| ローマ字 |  | | （ | ） | |
| 生年月日 | | 昭和・平成　　　　　年（西暦　　　　　年）　　　　月　　　　日生 | | | | |
| 登録区分 | | 厚生大臣・厚生労働大臣 ／　知事免許　　　　　　　都・道・府・県 | | | | |
| 登録番号 | | 第　　　　　　　　　　　　　　号 | | | | |
| 登録年月日 | | 昭和・平成・令和　　　　年（西暦　　　　　年）　　　月　　　　日 | | | | |
| 証明を必要  とする理由 | |  | | | | |
| 上記の時期 | | 令和　　　年　　　月から（試験等の場合は実施される月） | | | | |
| 出国予定年月日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 | 滞在予定期間 | | | 年　　　カ月 |
| 提出先国名 | |  | | | | |
| 提出先機関　※ | |  | | | | |
| 現在の勤務先 | |  | 職　　　名 | | |  |

（※提出先機関が複数ある場合はそれぞれ記入ください）

上記によりきゅう師英訳文証明書を　　　通申請します。

令和　　　年　　　月　　　日

住所

連絡先電話番号

氏　　名　 　　　　　　　　　　　　　　　　　印

公益財団法人　東洋療法研修試験財団　理事長　殿