

2 福保医人第 3 7 2 7 号
令和 3 年 4 月 1 2 日

各都道府県衛生主管部長 殿

東京都福祉保健局医療政策部長
矢 沢 知 子
(公 印 省 略)

診療放射線技師法施行細則の一部改正について（通知）

日頃から、東京都の保健医療施策に御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。
このたび、診療放射線技師法施行細則（昭和 4 4 年東京都規則第 2 号）の一部を下記のとおり改正しましたので、お知らせします。

記

- 1 主な改正の内容
診療エックス線技師免許証返納及び登録消除に係る申請書の押印に係る文言の修正及び所要の修正を行う（第 1 号様式及び第 2 号様式による。）。
- 2 施行の期日
令和 3 年 3 月 3 1 日
- 3 添付資料
(1) 新旧対照表（抄）
(2) 改正後様式
- 4 その他
現行様式を使用し、申請をされる場合にも押印は不要です。ただし、押印されたものについては従来どおり受け付けます。

【問合せ先】

東京都福祉保健局医療政策部医療人材課免許担当 玉石
電話番号：03-5320-4517（直通）

診療放射線技師法施行細則（昭和44年東京都規則第2号）新旧対照表（抄）

改 正 後	現 行
<p>別記 第1号様式（第2条関係）</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;">診療エックス線技師免許証返納書</p> <p>1 登録番号及び登録年月日 第 号 年 月 日</p> <p>2 返納理由 <input type="checkbox"/> 失った免許証を発見した。 <input type="checkbox"/> 免許を取り消された。</p> <p>3 発見又は取消しの年月日 上記のとおり免許証を返納します。</p> <p>年 月 日</p> <p>東京都知事 殿 住 所 氏 名</p> <p style="text-align: right;">(注意) <input type="checkbox"/> の中にレを付けてください。</p> <p style="text-align: right;">(日本産業規格A列4番)</p> </div> <p>第一条から第三条まで（現行のとおり）</p> <p>別記 第二号様式（第三条関係）</p>	<p>別記 第1号様式（第2条関係）</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;">診療エックス線技師免許証返納書</p> <p>1 登録番号及び登録年月日 第 号 年 月 日</p> <p>2 返納理由 <input type="checkbox"/> 失った免許証を発見した。 <input type="checkbox"/> 免許を取り消された。</p> <p>3 発見又は取消しの年月日 上記のとおり免許証を返納します。</p> <p>年 月 日</p> <p>東京都知事 殿 住 所 氏 名</p> <p style="text-align: right;">(注意) 1 <input type="checkbox"/> の中にレを付けてください。 2 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載してください。</p> <p style="text-align: right;">(日本産業規格A列4番)</p> </div> <p>第一条から第三条まで（略）</p> <p>別記 第二号様式（第三条関係）</p>

第2号様式 (第3条関係)

診療ネットワークス鍼灸師登録消除申請書

- 1 登録者住所、氏名及び生年月日
住 所
氏 名
年 月 日生
 - 2 登録番号及び登録年月日
第 号 年 月 日
 - 3 申請理由
 死 亡
 失職の宣告を受けた。
 そ の 他 ()
 - 4 死亡又は失職の宣告を受けた年月日
年 月 日
上記のとおり、登録の消除を申請します。
- 東京都知事 殿
- 住 所
登録者との続柄 ()
氏 名

〈注意〉

- 1 免許証を添付してください。
- 2 死亡又は失職の場合は、死亡又は失職の宣告を受けたことを証する書類を添付してください。
- 3 □の中にレを付けてください。

(日本産業規格A列4番)

第2号様式 (第3条関係)

診療ネットワークス鍼灸師登録消除申請書

- 1 登録者住所、氏名及び生年月日
住 所
氏 名
年 月 日生
 - 2 登録番号及び登録年月日
第 号 年 月 日
 - 3 申請理由
 死 亡
 失そうの宣告を受けた。
 そ の 他 ()
 - 4 死亡又は失そうの宣告を受けた年月日
年 月 日
上記のとおり、登録の消除を申請します。
- 東京都知事 殿
- 住 所
登録者との続柄 ()
氏 名

〈注意〉

- 1 免許証を添付してください。
- 2 死亡又は失そうの場合は、死亡又は失そうの宣告を受けたことを証する書類を添付してください。
- 3 □の中にレを付けてください。
- 4 申請者氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載してください。

(日本産業規格A列4番)

第1号様式（第2条関係）

※登録番号	
※登録年月日	

診療エックス線技師免許証返納書

1 登録番号及び登録年月日

第 号 年 月 日

2 返納理由

- 失った免許証を発見した
 免許を取り消された

3 発見又は取消しの年月日

上記のとおり、免許証を返納します。

年 月 日

住 所

(ふりがな)
氏 名

東京都知事 殿

〔注意〕

- 1 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とすること。
- 2 免許証を添付すること。
- 3 該当する□の中にレをつけること。

※都道府県受付印	※保健所受付印等

第2号様式（第3条関係）

※登録番号	
※登録年月日	

診療エックス線技師登録消除申請書

1 登録者住所、氏名及び生年月日

住 所
(ふりがな)
氏 名

年 月 日生

2 登録番号及び登録年月日

第 号 年 月 日

3 申請理由

- 死亡
 失踪の宣告を受けた
 その他 ()

4 死亡又は失踪の宣告を受けた年月日

年 月 日

上記のとおり、登録の消除を申請します。

年 月 日

住 所

登録者との続柄 ()

(ふりがな)
氏 名

東京都知事 殿

〔注意〕

- 1 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とすること。
- 2 免許証を添付すること。
- 3 死亡又は失踪の場合は、死亡又は失踪の宣告を受けたことを証する書類を添付のこと。
- 4 該当する□の中に をつけること。

※都道府県受付印	※保健所受付印等