

(医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令の一部改正)

第九十二条 医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令(平成九年厚生省令第二十八号)の一部を次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

改正後	改正前
<p>(症例報告書)</p> <p>第四十七条 治験責任医師等は、治験実施計画書に従って正確に症例報告書を作成し、これに氏名を記載しなければならない。</p> <p>2 治験責任医師等は、症例報告書の記載を変更し、又は修正するときは、これにその日付及び氏名を記載しなければならない。</p> <p>3 治験責任医師は、治験分担医師が作成した症例報告書を点検し、内容を確認した上で、これに氏名を記載しなければならない。</p> <p>(同意文書等への署名等)</p> <p>第五十二条 第五十条第一項又は第二項に規定する同意は、被験者となるべき者が説明文書の内容を十分に理解した上で、当該内容の治験に参加することに同意する旨を記載した文書(以下「同意文書」という。)に、説明を行った治験責任医師等及び被験者となるべき者(第三項に規定する立会人が立ち会う場合にあつては、被験者となるべき者及び立会人。次条において同じ。)が日付を記載して、これに署名しなければ、効力を生じない。</p> <p>254 (略)</p> <p>(同意文書の交付)</p> <p>第五十三条 治験責任医師等は、治験責任医師等及び被験者となるべき者が署名した同意文書の写しを被験者(代諾者の同意を得た場合にあつては、当該者。次条において同じ。)に交付しなければならない。</p>	<p>(症例報告書)</p> <p>第四十七条 治験責任医師等は、治験実施計画書に従って正確に症例報告書を作成し、これに記名押印し、又は署名しなければならない。</p> <p>2 治験責任医師等は、症例報告書の記載を変更し、又は修正するときは、その日付を記載して、これに押印し、又は署名しなければならない。</p> <p>3 治験責任医師は、治験分担医師が作成した症例報告書を点検し、内容を確認した上で、これに記名押印し、又は署名しなければならない。</p> <p>(同意文書等への署名等)</p> <p>第五十二条 第五十条第一項又は第二項に規定する同意は、被験者となるべき者が説明文書の内容を十分に理解した上で、当該内容の治験に参加することに同意する旨を記載した文書(以下「同意文書」という。)に、説明を行った治験責任医師等及び被験者となるべき者(第三項に規定する立会人が立ち会う場合にあつては、被験者となるべき者及び立会人。次条において同じ。)が日付を記載して、これに記名押印し、又は署名しなければ、効力を生じない。</p> <p>254 (略)</p> <p>(同意文書の交付)</p> <p>第五十三条 治験責任医師等は、治験責任医師等及び被験者となるべき者が記名押印し、又は署名した同意文書の写しを被験者(代諾者の同意を得た場合にあつては、当該者。次条において同じ。)に交付しなければならない。</p>

(精神保健福祉士法施行規則の一部改正)

第九十三条 精神保健福祉士法施行規則(平成十年厚生省令第十一号)の一部を次のように改正する。

様式第一（第 7 条関係）（表面）

収 入 印 紙 (消印しないこと。)		精神保健福祉士試験受験申込書																											
フリガナ												※ 整理番号																	
氏 名		(姓)										(名)																	
生 年 月 日		<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和										年		月		日		性別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女									
郵便番号						—						本 籍 地 (外国籍の場合はその国籍)		都 道 府 県		本籍地コード													
フリガナ																													
現 住 所		都 道 府 県																											
電 話 番 号																													
受 験 希 望 地		都 道 府 県																											
受験資格(裏面を参照のこと。)	<input type="checkbox"/> 大 学 等		大 学 等 名										卒 業 年 月 (見込み)				<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				年				月				
	<input type="checkbox"/> 短 大 等 (3 年制) + 実 務 経 験 (1 年以上)		短 大 等 名										卒 業 等 年 月				<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				年				月				
			勤 務 先 名 (実務経験)										職 種		従 業 期 間		年 月～ 年 月												
																	年 月～ 年 月												
	<input type="checkbox"/> 短 大 等 [指定科目] (2 年制) + 実 務 経 験 (2 年以上)		短 大 等 名										卒 業 等 年 月				<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				年				月				
			勤 務 先 名 (実務経験)										職 種		従 業 期 間		年 月～ 年 月												
																	年 月～ 年 月												
<input type="checkbox"/> 養 成 施 設		養 成 施 設 名										卒 業 年 月 (見込み)				<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				年				月					
<input type="checkbox"/> 受験資格に係る証明書に代わる受験票の提出		提出する受験票の試験実施回		第						回		提出する受験票の受験番号																	
社会福祉士であって試験科目免除申請の有無														<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		社会福祉士登録番号													
身体に障害のある者等の受験上の配慮の希望														<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無															
上記により、精神保健福祉士試験を受験したいので申し込みます。																													
令和 年 月 日 厚生労働大臣 殿 指定試験機関代表者																													

様式第一から様式第四までを次のように改める。

(裏面)
連絡先

勤務先 (昼間等の 連絡先)	名 称		所 属	
			電 話 番 号	
そ の 他 (帰省先等 の連絡先)	名称又は 氏 名		受験者との関係	
			電 話 番 号	

受験資格及び添付書類一覧

区 分	受 験 資 格		提 出 書 類
大学等	指 定 科 目 履 修 者	大学の卒業者又は学校教育法第 102 条第 2 項の規定により大学院への入学を認められた者 (精神保健福祉士法(以下「法」という。)第 7 条第 1 号)	・卒業証明書若しくは卒業見込証明書又は学校教育法第 102 条第 2 項の規定により大学院への入学を認められた者であることを証明する書面 ・指定科目履修証明書又は指定科目履修見込証明書
短大等(3 年制) ＋ 実務経験(1 年以上)		短期大学等(3 年制)の卒業者で 1 年以上の実務経験を有するもの (法第 7 条第 4 号)	・卒業証明書又は修了証明書 ・指定科目履修証明書 ・実務経験証明書又は実務経験見込証明書
短大等(2 年制) ＋ 実務経験(2 年以上)		短期大学等(2 年制)の卒業者で 2 年以上の実務経験を有するもの (法第 7 条第 7 号)	・卒業証明書又は修了証明書 ・指定科目履修証明書 ・実務経験証明書又は実務経験見込証明書
養成施設	養成施設(短期又は一般)の卒業者 (法第 7 条第 2 号、第 3 号、第 5 号、第 6 号、第 8 号、第 9 号、第 10 号又は第 11 号)		・卒業証明書又は卒業見込証明書

- 備考
- 1 該当する□は、☒と記入すること。
 - 2 整理番号欄には、記入しないこと。
 - 3 指定試験機関に申し込む場合には、所定の手続により受験手数料を納付し、収入印紙を貼らないこと。
 - 4 この受験申込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 学校教育法第 102 条第 2 項の規定により大学院への入学を認められた者は、卒業年月に代えて、学校教育法第 102 条第 2 項の規定による大学院への入学年月を記載すること。
 - 6 過去の精神保健福祉士国家試験の受験票の交付を受けた者(実務経験見込証明書、卒業見込証明書、指定科目履修見込証明書の提出により当該受験票の交付を受けた者であって、実務経験証明書、卒業証明書、指定科目履修証明書を提出していないもの及び法附則第 2 条(5 年以上の実務経験者で、厚生労働大臣の指定する講習会を修了したもの)の規定により受験票の交付を受けたものを除く。)については、当該受験票の提出をもって実務経験証明書、卒業証明書、指定科目履修証明書の提出に代えることができる。
 - 7 実務経験証明書にあっては、勤務先の長が、卒業証明書及び指定科目履修証明書にあっては、学校等の長が、発行したものであること。
 - 8 実務経験見込証明書の提出をもって申し込む者は、実務経験後、遅滞なく、実務経験証明書を提出すること。
 - 9 卒業見込証明書又は指定科目履修見込証明書の提出をもって申し込む者は、卒業後、遅滞なく、卒業証明書又は指定科目履修証明書を提出すること。
 - 10 社会福祉士であって、試験科目の免除を申請する者は、社会福祉士登録証の写しを提出すること。
 - 11 用紙の大きさは、A 4 とすること。

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												性 別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女																			
氏 名		(姓)										(名)																					
		(旧姓)										旧姓併記 の希望										<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
生年月日		<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正														年		月		日		本 籍 地 (外国籍の場合 は、その国籍)						都 道 府 県		本 地 一 籍 コ ド			
フリガナ																																	
現 住 所		都道 府県																															
郵便番号																																	
精神保健福祉士試験に合格した年月										<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和																							
そ の 他	<input type="checkbox"/> 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																																
	<input type="checkbox"/> 禁錮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																																
	<input type="checkbox"/> 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つて政令で定めるもの（精神保健福祉士法施行令第1条）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																																
	<input type="checkbox"/> 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																																
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">厚生労働大臣 殿</p> <p style="text-align: center;">指定登録機関代表者</p>																																	
収 入 印 紙 (消印しないこと。)																																	
又は領収証書を貼ること。																																	

- 備考 1 該当する□は、☒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。申請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。

様式第三(第13条関係)

精神保健福祉士登録事項変更届出書

収 入 印 紙
(消印しないこ
と。)

住 所
登録年月日
登 録 番 号
(フリガナ)
氏 名

年 月 日生

精神保健福祉士法第28条の登録事項に下記のとおり変更がありましたので
届け出ます。

登 事	録 項	変 更 前	変 更 後	変 更 の 年 月 日	備 考

令和 年 月 日
厚 生 労 働 大 臣 殿
指定登録機関代表者

- 備考 1 指定登録機関が行う登録証の訂正を受けようとする場合には、所定の
手続により手数料を納付し、収入印紙は貼らないこと。
- 2 用紙の大きさは、A 4 とすること。

様式第四(第14条関係)

精神保健福祉士登録証再交付申請書

収 入 印 紙
(消印しないこ
と。)

住 所

登録年月日

登 録 番 号

(フリガナ)

氏 名

年 月 日生

精神保健福祉士法施行規則第14条第1項の規定に基づき、下記の理由により再交付を申請します。

理由

令和 年 月 日

厚 生 労 働 大 臣
殿
指定登録機関代表者

- 備考 1 指定登録機関に申請する場合には、所定の手続により手数料を納付し、
収入印紙は貼らないこと。
- 2 用紙の大きさは、A4 とすること。

(性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律第三条第二項に規定する医師の診断書の記載事項を定める省令の一部改正)

第百四条 性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律第三条第二項に規定する医師の診断書の記載事項を定める省令（平成十六年厚生労働省令第九十九号）の一部を次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律（平成十五年法律第百十一号）第三条第二項に規定する医師の診断書に記載すべき事項は、当該医師による診断を受けた者に係る次の各号に掲げる事項とする。 一〇八（略） 九〇 診断書を作成した医師の氏名 十〇（略）
改 正 前	性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律（平成十五年法律第百十一号）第三条第二項に規定する医師の診断書に記載すべき事項は、当該医師による診断を受けた者に係る次の各号に掲げる事項とし、当該医師は、これに記名押印又は署名しなければならない。 一〇八（略） 九〇（新設） 十〇（略）

(石綿障害予防規則の一部改正)

第百五条 石綿障害予防規則（平成十七年厚生労働省令第二十一号）の一部を次のように改正する。