第二号の四書式(第十条の四関係)

※登録番号	
※登録年月日	

収入印紙欄 (消印しないこと。)

再教育研修修了登録証再交付申請書

医籍登録番号	第　　号	医籍登録年月日	大正 昭和 平成 令和	年　月　日	
本籍(国籍)	都道府県	再教育研修修了登録年月日	平成 令和	年　月　日	

ふりがな	(氏)	(名)
氏名		
通称名		

性別	男 女

生年月日	大正 昭和 平成 令和						年			月			日	

上記の再教育研修修了登録証を(破つた・汚した・失つた)ので、再教育研修修了登録証の再交付を申請します。

令和　　年　　月　　日

郵便番号	電話番号	(　　)
住所	都道府県	
氏名		

厚生労働大臣　殿

(注意)　1　※印欄には、記入しないこと。
2　該当する不動文字を○で囲むこと。
3　黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
4　用紙の大きさは、A4とすること。