第一号の十書式

※ 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

保健師籍登録番号	第							号	保健師籍登録年月日	明治 大正 昭和 平成			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			年			月			日

ふりがな	（氏）	（名）
氏名		
通称名		

性別	男
	女

生年月日	明治 大正 昭和 平成					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。

平成　　年　　月　　日

郵便番号		電話番号	（　　）		
住所	都道府県	市区郡		町村	番地番号
氏名			印		

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〇で囲むこと。
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　記名押印に代えて、署名することができる。
5　用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とすること。