第一号の九書式(第十四条関係)

| ※　登録番号 | |
|---|---|
| ※　登録年月日 | |

| 収入印紙欄<br>(消印しないこと。) |
|---|

再教育研修修了登録証書換交付申請書

| 看護師籍登録番号 | 第　　号 | 看護師籍登録年月日 | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和　　年　　月　　日 |
|---|---|---|---|
| | | 再教育研修修了登録年月日 | 平成<br>令和　　年　　月　　日 |

変更を生じた事項

| | 変更前 | | 変更後(第1回) | | 変更後(第2回) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 本籍<br>(国籍) | 都道<br>府県 | | 都道<br>府県 | | 都道<br>府県 | |
| ふりがな | (氏) | (名) | (氏) | (名) | (氏) | (名) |
| 氏名 | | | | | | |
| 通称名 | | | | | | |
| 性別 | 男・女 | | 男・女 | | 男・女 | |
| 生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和<br>西暦　　年　　月　　日 | | 昭和<br>平成<br>令和<br>西暦　　年　　月　　日 | | | |

上記により、再教育研修修了登録証の書換交付を申請します。

令和　　年　　月　　日

| 郵便番号 | ― | 電話番号 | (　　) |
|---|---|---|---|
| 住所 | 都道<br>府県 | | |
| 氏名 | | 生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和<br>西暦　　年　　月　　日 |

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。