第一号の十書式(第十五条関係)

※　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

保健師籍 登録番号	第　　号	保健師籍 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	昭和 平成 令和 西暦　　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。