

第一号の六書式(第十三条関係)

※ 登録番号	収入印紙欄 (消印しないこと)
※ 登録年月日	

再教育研修修了登録証申請書

看護師籍 登録番号	第					号	看護師籍 登録年月日	大	正	年	月	日
								昭	和			
								平	成			
								令	和			

1 再教育研修の開始年月日及び修了年月日

開始年月日						修了年月日							
平成		年		月		日	平成		年		月		日
令和							令和						

2 個別研修に係る再教育命令を受けた者にあつては、助言指導者の氏名

助言指導者の氏名

上記により、再教育研修修了登録証を申請します。

令和 年 月 日

本 籍	都 道
( 国 籍 )	府 県

郵便番号	—	電話番号	( )
------	---	------	-----

住 所	都 道
	府 県

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											

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。