

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 (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						年			月			日
									再教育研修修了登録年月日	平成						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 (国 籍)	都道 府県		都道 府県		都道 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 平成 令和 西暦			年			昭和 平成 令和 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 府県													
氏 名		生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和 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。