

第一号の四書式(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							
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
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 令和	年	月	日	平成 令和	年	月	日
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 (国 籍)							都 道 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							
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。