

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 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 | | | | | | | 性別 | |
| | | | | | | | 男 | |
| | | | | | | | 女 | |
| 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。