

第一号の十書式(第十五条関係)

※ 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)	性別 男 女
氏名			
通称名			
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(破った・汚した・失った)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。