

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 昭和 平成 令和			年			月			日				
											再教育研修修 了登録年月日	平成 令和			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 黒ボールペンをうい、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。