

※ 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再交付申請書

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	
本籍 (国籍等)	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)
氏名	(旧姓)	
通称名		

性別	男
	女

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。