※ 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

医籍登録番号	第　　号	医籍登録年月日	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
氏名				女
	（旧姓）			
通称名				

生年月日	大正・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（ 破つた ・ 汚した ・ 失つた ）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。