（保健師助産師看護師法施行規則の一部改正）

第三条　保健師助産師看護師法施行規則（昭和二十六年厚生省令第三十四号）の一部を次のように改正する。

第一号の四書式から第一号の十二書式までの書式を次のように改める。

第一号の四書式（第十三条関係）

※ 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

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）	性別	男
氏名				女
	（旧姓）			
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。