| ※ 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

| 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 |
|---|---|---|---|
| | | 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 | 大正・昭和・平成・令和　年　月　日 | 大正・昭和・平成・令和　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 | 印　　生年月日　大正・昭和・平成・令和　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　記名押印に代えて、署名することができる。
５　用紙の大きさは、A4とすること。