| ※ 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

| 保健師籍登録番号 | 第　　号 | 保健師籍登録年月日 | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和 | 年　月　日 |
|---|---|---|---|---|
| 本籍（国籍） | 都道<br>府県 | 再教育研修修了登録年月日 | 平成<br>令和 | 年　月　日 |

| ふりがな | （氏） | （名） |
|---|---|---|
| 氏名 | | |
| 通称名 | | |

| 性別 | 男 |
|---|---|
| | 女 |

| 生年月日 | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和 | 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<br>府県 | | | |
| 氏名 | | 印 | | |

**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〇で囲むこと。
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。