

※ 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

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
-------------	---	--	--	--	--	---	---------------	--------------------------	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

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)	印	性 別	男
氏 名					女
通 称 名					

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。