

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

取 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)
氏 名		
通 称 名		

性 別	男
	女

生 年 月 日	大 正 昭 和 平 成 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 府 県	
氏 名		

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- ※印欄には、記入しないこと。
 - 該当する不動文字を○で囲むこと。
 - 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
 - 用紙の大きさは、A4とすること。