

※ 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

医 籍 登録番号	第					号	医 籍 登録年月日	明 治 大 正 昭 和 平 成					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						年			月			日

ふりがな	(氏)	(名)
氏 名		
通 称 名		

性 別	男
	女

生年月日	明 治 大 正 昭 和 平 成									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。

平成 年 月 日

郵便番号	電話番号	()				
住 所	都 道 府 県	市 郡	区	町 村	番 号	番地
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○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、日本工業規格A列4番とすること。