**第２号様式**（第３条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  高知県知事　様  申請者　郵便番号  住所  生年月日　　　　　年　　月　　日  電話番号  栄養士名簿訂正・栄養士免許証書換え交付申請書  次のとおり変更が生じましたので、栄養士法施行令第３条第１項及び第２項並びに第５条第１項及び第４項の規定により関係書類を添えて申請します。 | | | |
| 栄養士名簿登録番号 | | 第　　　　　　　号 | |
| 栄養士名簿登録年月日 | | 年　　　月　　　日 | |
| 変更内容 | 変更事項 | 変更前 | 変更後 |
| 本籍地都道府県名（国籍） |  |  |
|  | その他 |  |  |
|  | 性別 | 男　・　女 | 男　・　女 |
| 変更年月日 | | 年　　　月　　　日 | |
| 旧姓併記の希望の有無 | | 有　（旧姓：　　　　　）　・　無 | |
| 通称名併記の希望の有無 | | 有　（通称名：　　　　　　　　　　）　・　無 | |
| 変更理由 | |  | |
| 高知県収入証紙貼り付け欄 | | | |

注　１　不要な文字は、二重線で抹消してください。

２　次の書類を添えてください。

(１)　栄養士免許証

(２)　申請の原因となった事実を証する書類

３　栄養士名簿の訂正は、変更が生じた日から30日以内に申請してください。