

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 <small>ふりがな</small> 氏名 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)		
	<small>ふりがな</small> 氏名その他		
	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。