

記入例

年 月 日
※申請日を記入してください。

高知県知事 様

申請者 郵便番号 780-8570

※住所は現住所を記入してください。 → 住所 高知県高知市丸ノ内1丁目2番20号

※かい書で正確(戸籍で使用されている漢字)に記入してください。 → 氏名 ふりがな 保健 ほけん 花子 はなこ

生年月日 平成元年1月1日

電話番号 088-823-9675
※日中連絡がとれる番号を記入してください。

栄養士免許証再交付申請書

栄養士免許証の再交付を受けたいので、栄養士法施行令第6条第1項及び第4項の規定に基づき次のとおり申請します。

| | | |
|---------------|---|---|
| 本籍地都道府県名 (国籍) | 高知県 | ※本籍地の都道府県名を記入してください。日本国籍を有しない方は国籍を記入してください。 |
| 栄養士名簿登録番号 | 第123456号 | |
| 栄養士名簿登録年月日 | 平成21年 3月 25日 | |
| 申請理由 | 破った ・ 汚した ・ 失った | ※該当するものに○を付けてください。 |
| 申請理由の発生年月日 | 年 月 日 | |
| 旧姓併記の希望の有無 | 有 (旧姓:) 無 | ※破った、汚したまたは失った年月日を記入してください。 |
| 通称名併記の希望の有無 | 有 (通称名:) 無 | |
| 高知県収入証紙貼り付け欄 | | |

※旧姓または通称名併記の希望がある場合は記載してください。

- 注 1 「申請理由」欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 2 栄養士免許証を破り、又は汚したときは、その栄養士免許証を添えてください。
- 3 栄養士免許証の再交付を受けた後に失った栄養士免許証を発見したときは、その発見した栄養士免許証を5日以内に返納してください。