

記入例

第3号様式（第3条関係）

高知県知事 様	年 月 日 ※申請日を記入してください。	
申請者 住所	高知県高知市丸ノ内1丁目2番20号	
氏名	保健 太郎	
登録者との関係	子	
電話番号	080-xxxx-xxxx ※日中連絡がとれる番号を記入してください。	
栄養士名簿登録抹消申請書		
栄養士法施行令第4条第1項又は第3項の規定により、栄養士名簿の登録の抹消を次のとおり関係書類を添えて申請します。		
栄養士名簿登録番号	第 123456 号	
栄養士名簿登録年月日	昭和41年 4月 1日	
登録者	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。
	ふりがな 氏名	ほけん よねこ 保健 米子 ※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。
	生年月日	昭和28年 2月 9日
抹消理由	登録者の死亡・登録者の失踪・その他 () ※該当するものに○を付けてください。	
抹消理由が生じた年月日	年 月 日 ※抹消理由が生じた年月日を記入してください。	

- 注 1 「抹消理由」欄は、該当するものを○で
- 2 栄養士免許証を添えてください。
- 3 登録者が死亡し、又は失踪の宣告を受けたときは、戸籍法による死亡又は失踪の届出義務者が、その日から30日以内に申請してください。