

記入例

第5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。
返納者 住所 高知県高知市丸ノ内1丁目2番20号		
氏名 保健 花子		
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。		
栄養士免許証返納書		
栄養士法施行令第6条第5項又は第8条第3項の規定により、栄養士免許証を次のとおり返納します。		
栄養士名簿登録番号	第123456号	
栄養士名簿登録年月日	平成21年 3月 25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 はなこ 保健 花子 ※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	平成元年1月1日
返納理由	1 失った栄養士免許証を発見した 2 栄養士の免許を取り消された ※該当するものに○を付けてください。	
返納理由が生じた年月日	年 月 日 ※返納理由が生じた年月日を記入してください。	

- 注 1 「返納理由」欄は、該当するものの番号を○で
2 返納理由が生じた日から5日以内に返納してください。