

受 付 印 欄	申請手数料収入済欄

製 菓 衛 生 師 免 許 申 請 書

(宛先)

埼玉県知事

令和 年 月 日

〒

住 所
氏 名

電話番号 自宅（携帯） ()

勤務先 ()

製菓衛生師の免許を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

本 籍 地 (国 籍 等)	都 道 府 県		
旧 姓 併 記 の 希 望 の 有 無	有 ・ 無		
ふ り が な	(氏)	(名)	
氏 名			
	(旧姓)		
※ 通 称 名			
生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	性 別	男 ・ 女
試 験 合 格 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 令和	合格証書番号	第 号
試 験 施 行 地	都 道 府 県		
免許の取消処分を受けたこと（該当するものを○で囲むこと。） 1 ありません。 2 あります。 2 のときは、処分理由及び処分年月日 ()			
麻薬、あへん、大麻又は覚醒剤の中毒者に該当すること（該当するものを○で 囲むこと。） 1 該当しません。 2 該当します。			

注 1 日本の国籍を有しない者は、本籍地を住民基本台帳法第30条の45に規定する国籍等で、生年月日を西暦で記入すること。また、通称名の併記を希望する場合は、※欄に記入すること。
2 旧姓の併記を希望する場合は、(旧姓) 欄に記入すること。