

栄養士名簿登録抹消申請書

令和 年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

届出人の住所
届出人の氏名
続 柄
届出人の電話番号 ()

下記により、名簿の登録を抹消するよう免許証及び関係書類を添えて申請します。

記

登録番号	第 号	登録年月日	昭和 平成 年 月 日 令和
申請理由	本人申請 死亡 失踪		
登録者の 本籍地 (国籍等)	都道府県	登録者の 生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和
ふりがな	(氏)		(名)
登録者の 氏名			

添付書類

- 1 免許証（紛失した場合は、紛失申立書）
- 2 死亡又は失踪の場合は、死亡診断書、除籍抄（謄）本その他関係書類