

受 付 印 欄	申請手数料収入済欄

栄 養 士 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 ()

栄養士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
免許資格			
養成施設卒業		試験合格	
卒 業 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日	試 験 合 格 年 月 日 昭和 平成 令和
養 成 施 設 名		合 格 番 号	第 号
		試 験 施 行 地	都 道 府 県
1 罰金以上の刑に処せられたこと（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、その罪、刑及び刑の確定年月日 () 2 栄養士の業務に関する犯罪又は不正の行為をしたこと（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、犯罪又は不正の行為の事実及び年月日 ()			

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。