

# 栄養士名簿登録抹消申請書

年 月 日

長崎県知事 様

申請者 住 所

氏 名

( 本人との続柄 )

電 話 番 号

栄養士法施行令第4条第1項の規定により、下記のとおり栄養士名簿の登録の抹消を申請します。

## 記

- 1 登録番号 第 号
- 2 登録年月日 年 月 日
- 3 本籍地都道府県名(国籍)
- 4 氏 名
- 5 性 別 男 ・ 女
- 6 生年月日 年 月 日
- 7 抹消理由の生じた年月日 年 月 日
- 8 抹消理由 ( 死亡 ・ 失踪 ・ その他 )

備考1 栄養士免許証を添付すること。ただし、栄養士免許証を添付できないときは、その理由を明らかにする書類を添付すること。

2 抹消理由が死亡又は失踪の場合は、戸籍の謄本若しくは抄本、死亡診断書又は失踪の宣告を受けたことを証する書類を添付すること。

3 用紙の大きさは、A4とすること。

4 この様式は、九州各県(熊本県、沖縄県を除く。以下同じ。)の共通様式ですので、宛先を書き換えていただければ、九州各県で使用できます。

本 庁 受 付	保 健 所 受 付