

(別添様式)

証 明 願

諸証明（非課税）	750 円
	
2 9 0 0 0 0 0 0 1 3 4 4 5	

納付済証
貼付欄

栄養士免許 登録番号	第	号	登録年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
証明を必要 とする理由							
提出先名 (国名等)							

上記の理由により栄養士免許証の英訳文証明書が必要ですので、  
証明書の発行方お願いいたします。

令和 年 月 日

本籍地都道府県名  
(国籍)

〒  
現 住 所

ふりがな  
氏 名

パスポート記載の  
氏名 (ローマ字表記)

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日生

西暦 年 月 日生

連絡先電話番号

岡山県保健医療部健康推進課長 殿

(注) 栄養士免許証を複写したものを添付すること。