

栄養士名簿登録抹消申請書

登録番号	第	号	登録年月日	年	月	日
------	---	---	-------	---	---	---

本籍 (国籍)	都道府県
------------	------

ふりがな	
氏名	

生年月日	年	月	日
------	---	---	---

抹消理由の生じた年月日	年	月	日
-------------	---	---	---

抹消理由	死亡 ・ 失そう ・ その他 ()
------	--------------------

上記のとおり、栄養士法施行令(昭和28年政令第231号)第4条第1項又は第3項の規定により、関係書類を添えて栄養士名簿の登録の抹消を申請します。

年	月	日
---	---	---

住所	(〒) 都道府県
----	--------------

連絡先電話	()
-------	-----

氏名		登録者との続柄	
----	--	---------	--

岡山県知事

殿

(注)

- 1 太枠の中を記入すること。
- 2 該当する不動文字を○で囲むこと。
- 3 添付書類 栄養士免許証

経由保健所	保健所
-------	-----

健康推進課の受付印	保健所の受付印