

栄養士名簿登録抹消申請書

静岡県知事 様 年 月 日

住 所

電話番号

氏 名

登録者との続柄

次のとおり栄養士名簿の登録の抹消を受けたいので、申請します。

栄養士名簿登録番号	第 号
栄養士名簿登録年月日	年 月 日
本籍地都道府県名 (又は国籍)	
ふ り が な 氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
登録を抹消する理由	死 亡 ・ 失 踪 ・ その他
抹消理由の生じた年月日	年 月 日

(添付書類)

- 1 栄養士免許証
- 2 死亡又は失踪の宣告を受けたことを証明する書類