（様式３）

栄　養　士　免　許　証　再　交　付　申　請　書

名簿登録番号	第　　号	名簿登録 年　月　日	年　　月　　日

ふりがな	（氏）	（名）
氏　　名		
	（旧姓）	
通　称　名		
生年月日	昭和 平成 令和 西暦	年　　月　　日

本籍地 都道府県名 （国籍等）	
き損・亡失した年月日	年　　月　　日
き損・亡失した理由	

※汚損又は紛失した免許証に旧姓又は通称名が併記されていた場合、併記していた旧姓又は通称名を記載すること。併記していなかった場合は又は旧姓や通称名を有していない場合は斜線を入れること。

上記により、栄養士免許証を（き損・亡失）したので、再交付を申請します。

令和　　年　　月　　日

電　　話	（　　）
住　　所	都道 府県
氏　　名	

千　葉　県　知　事　　様

県の受付印	保健所の受付印