（様式３）

記入例

不明の場合は、保健所の窓口で確認すること。
県外の方は空欄でかまいません。

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	平成○年　○月　○日

ふりがな	（氏）　しんち	（名）　ようこ
氏名	新千	洋子
	（旧姓） 旧千	洋子
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）	千葉県

き損・亡失した年月日	平成○年○月○日
き損・亡失した理由	転籍に伴い紛失

※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。

・紛失した年月日が不明の場合、
　紛失に気が付いた日を記入する。
・理由は簡潔に記入する。

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	090（ 1234 ）○○○○
住所	千葉　都道府県　千葉市○○区○○町 1-1
氏名	新千　葉子

千　葉　県　知　事　　様

現在の氏名を記入してください。

県の受付印	保健所の受付印