

(様式4)

栄 養 士 名 簿 登 録 抹 消 申 請 書

年 月 日

千 葉 県 知 事 様

住 所

申 請 者 氏 名

免 許 証 取 得 者

と の 続 柄

下記により栄養士名簿登録の抹消を申請します。

記

抹消理由	死 亡 ・ 失 踪 ・ そ の 他		
氏 名			
免許取得者の本籍地			
生年月日	年	月	日生
名簿登録番号及び交付年月日	第	号	年 月 日
抹消理由の生じた年月日	年	月	日

県の受付印	保健所の受付印