

(様式3)

千葉県収入証紙貼付

不明の場合は、保健所の窓口で確認すること。県外在住の方は空欄でかまいません。

記入例

栄養士免許証再交付申請書

名簿登録番号	第〇〇〇〇〇号	名簿登録 年 月 日	平成〇〇年〇月〇〇日
--------	---------	---------------	------------

ふりがな	(氏) しんち	(名) ようこ	本籍地 都道府県 (国籍)	千葉県
氏名	新千	葉子	き損・亡失 した年月日	平成〇年〇〇年〇〇月
	(旧姓) 旧千	葉子		
通称名	/		き損・亡失 した理由	転籍に伴い紛失
生年月日	昭和 平成 令和 西暦	〇〇年〇〇月〇〇日		

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

※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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

電話	話 090 (1234) 〇〇〇〇
住所	千葉県 都道府県(県) 千葉市〇〇区〇〇町1-1
氏名	新千 葉子

現在の氏名を記入してください。

千葉県知事様

県の受付印	保健所の受付印