栄養士名簿登録抹消申請書

　　　年　　月　　日

福 島 県 知 事

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　　所 |  |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　  |
| 電話番号 |  |
| 栄養士名簿に登録されている者との続柄 |  |

下記により、栄養士名簿登録の抹消を申請します。

 記

１　抹消される者

|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 | 第　　　　　　　　　　　　　　　号 |
| 登録年月日 | 　　　　　　年　　月　　日 |
| 本籍地都道府県名（日本国籍を有しない者にあっては国籍） |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　月　　日 |

２　抹消理由　　　　　　　　　死亡　・　失踪　・　その他

３　抹消理由の生じた年月日　　　　　　年　　月　　日

備考

　１　次に掲げる書類を添付すること。

(1) 栄養士免許証。ただし、亡失の場合は、それを証する書類。

(2) 死亡又は失踪による場合は、死亡又は失踪宣告を受けたことを証する書類｡

(3) 死亡又は失踪以外の理由による場合は、その理由を記載した書類。

(4) 提出期限（変更を生じた日から30日）を過ぎている場合は、遅延理由書。

２ 用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列４番とし、縦長にして用いること。