

*登録番号

*再交付年月日

収入印紙欄
(消印しないこと)

管理栄養士免許証再交付申請書

登録番号 第 号 登録年月日 昭和
平成 令和 年 月 日本籍地
都道府県名
(国籍)

(氏名は、戸籍上の文字で記入すること)

ふりがな	(氏)	(名)
氏名		
	(旧姓)	
通称名		

性別 男
女生年月日 大正
昭和
平成
令和
西暦 年 月 日

上記により、管理栄養士免許証を（破った、汚した、失った）ので、免許証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

電話 ()

住所 〒 都道府県

氏名

厚生労働大臣 殿

- 備考
- *印欄には、記入しないこと。
 - 該当する不動文字を○で囲むこと。
 - この申請書には、所定の手数料に相当する収入印紙を貼ること。
 - 破った又は汚したときは、その管理栄養士免許証を添付すること。
 - 用紙の大きさは、A4とすること。