

栄養士名簿登録抹消申請書

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)	
------------------	--

フリガナ	(氏)	(名)
氏名		

生年月日	年	月	日
------	---	---	---

抹消理由の生じた年月日	年	月	日
-------------	---	---	---

抹消理由	死亡・失踪・その他（ ）
------	--------------

上記により、栄養士名簿の抹消を申請します。

年 月 日

電話	()
住所	〒
氏名	

群馬県知事 あて

添付書類 栄養士免許証

注 不要な文字は消すこと。