第３号様式（第１条関係）

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等）	
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。