令和　　　年　　　月　　　日

島根県知事　様

住　 所　〒

（ふりがな）

氏　　　名

電　　　話　　　　　　　（　　　　　　）

**栄養士免許証返納書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 登録番号 | 第　　　　　　　　　　号 | 登録年月日 | 昭和平成　　　　年　　　月　　　日令和 |

（紛失した免許証を発見した場合）

|  |  |
| --- | --- |
| 発見年月日 | 平成　　　　　　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　　日令和　　　 |

※　紛失した免許証を発見したときは、５日以内に返納してください。

（取消処分を受けた場合）

|  |  |
| --- | --- |
| 免許の取消処分を受けた年月日 | 平成　　　　　　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　　日令和 |

※　取消処分を受けたときは、５日以内に返納してください。