

栄養士名簿登録抹消申請書

令和 年 月 日

島根県知事 様

住 所 〒

(ふりがな)

申請者氏名

電 話 ()

次のとおり、栄養士名簿登録の抹消を申請します。

登 録 番 号	第 号	登録年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
抹消の生じた 年月日及び 理 由 等	・登録者氏名 ・登録者生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ・理由の発生した年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 ・理 由					

※抹消の生じた日から30日以上経過している場合は「栄養士名簿抹消申請遅延理由書」を提出してください。