

* 抹消年月日	
---------	--

管理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)	
-----------------------	--

ふりがな	(氏)	(名)
氏 名		

生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成 令和	年	月	日
---------	----------------------------	---	---	---

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

抹消理由	死 亡 ・ 失 踪 ・ その他
------	-----------------

上記により、管理栄養士名簿登録の抹消を申請します。

令和 年 月 日

電 話	
住 所	〒 都道 府県
氏 名	

厚生労働大臣 殿

備考 1 *印欄には、記入しないこと。
2 該当する不動文字を○で囲むこと。
3 この申請書には、管理栄養士免許証を添付すること。
4 用紙はA4とすること。