

長崎県収入証紙 5,600 円貼付欄
(消印しないこと)

栄 養 士 免 許 申 請 書

長崎県知事 様 年 月 日

本籍地都道府県名(国籍)

住 所 〒

ふ り が な
氏 名

性 別 男 ・ 女

生年月日 年 月 日

電話番号

栄養士法施行令第1条第1項の規定により、下記のとおり栄養士免許を申請します。

記

1 罰金以上の刑に処せられたことの有無 有 ・ 無

(有の場合は、その罪、刑及び刑の確定年月日を次に記入すること。)

2 栄養士法第1条に規定する業務に関し、犯罪又は不正の行為を行ったことの有無 有 ・ 無

(有の場合は、違反の事実及び年月日を次に記入すること。)

3 旧姓併記の希望の有無 有 ・ 無

4 希望する旧姓又は通称名

備考1 用紙の大きさは、A4とすること。

2 この様式は、九州各県(熊本県、沖縄県を除く。以下同じ。)の共通様式ですので、宛先を書き換えていただければ、九州各県で使用できます。

本 庁 受 付	保 健 所 受 付