

長崎県収入証紙 3,200 円貼付欄  
(消印しないこと)

栄養士名簿訂正及び免許証書換え交付申請書

年 月 日

長崎県知事 様

住 所 〒

ふりがな  
氏 名

生年月日 年 月 日

電話番号

下記のとおり変更を生じたので、栄養士法施行令第3条第1項及び第5条第1項の規定により、  
栄養士名簿訂正及び栄養士免許証書換え交付を申請します。

記

- 1 登録番号 第 号
- 2 登録年月日 年 月 日
- 3 変更事項

	変 更 前	変 更 後
本籍地都道府県名 ( 国 籍 )		
ふ り が な		
氏 名		
	(旧姓)	(旧姓)
旧姓併記の希望		有 ・ 無
通 称 名		
性 別	男 ・ 女	男 ・ 女

4 変更年月日 年 月 日

5 変更理由

- 備考 1 栄養士免許証及び戸籍の謄本又は抄本を添付すること。  
2 用紙の大きさは、A4とすること。  
3 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