様式第３号（第３条関係）

栄養士名簿登録抹消申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　佐賀県知事　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　申請者　　住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（本人との続柄　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　番　号

　栄養士法施行令第４条第１項の規定により、下記のとおり栄養士名簿の登録の抹消を申請します。

記

１　登録番号　　第　　　　　　　号

２　登録年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日

３　本籍地都道府県名（国籍）

　　ふりがな

４　氏　　名

５　性　　別　　　男　　・　　女

６　生年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日

７　抹消理由の生じた年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日

８　抹消理由　（　死亡　・　失踪　・　その他　）

備考　１　栄養士免許証を添付してください。ただし、栄養士免許証を添付できないときは、その理由を明らかにする書類を添付してください。

　　　２　抹消理由が死亡又は失踪の場合は、戸籍の謄本若しくは抄本、死亡診断書又は失踪の宣告を受けたことを証する書類を添付してください。

　　　３　用紙の大きさは、Ａ４としてください。

　　　４　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。