

(様式4)

栄養士名簿登録抹消申請書

年 月 日

千葉県知事様

住 所

申請者氏名

印

免許証取得者
との続柄

下記により栄養士名簿登録の抹消を申請します。

記

理 由	免許証取得者が死亡した	失踪宣告を受けた
免許取得者の 氏 名	本 籍 地	生 年 月 日
名簿登録番号及び交付年月日	第 号	年 月 日
抹消理由の生じた年月日	年 月 日	

県の受付印	保健所の受付印