

様式第4号（第5条関係）

栄養士免許証再交付申請書

鳥取県知事 様

鳥取県庁POS	¥3,600
 2 102190 301009	
手数料名: 栄養士免許申請手数料 再交付	
予算主務課: 健康医療局健康政策課	
電話番号: 0857-26-7861	

栄養士免許証の再交付を受けたいので、栄養士法施行令第6条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

年 月 日

電 話	()
住 所	〒
氏 名	

記

登録 番号	第 号	登録 年月日	年 月 日
本 籍 地 都道府県名 (国 籍)			
ふりがな	(氏)	(名)	
氏 名	(旧姓)注2		
通 称 名 注2			
生年月日	年 月 日		
再交付申請の理由 (該当するものを○で 囲むこと。)	破った ・ 汚した ・ 失った		

(氏名は、戸籍上の文字で記入すること)

注1 破ったり、又は汚した場合には、その栄養士免許証を添付すること。

2 旧姓又は通称名の欄は、交付している免許証に記載がある場合のみ記入すること。