

# 栄養士名簿登録抹消申請書

免許証に記載されている内容を記入

免許証登録番号	奈良県 第 <b>500</b> 号
及び登録年月日	<b>昭和 36</b> 年 <b>3</b> 月 <b>31</b> 日
本籍（国籍）	【都道府県名のみ】 <b>奈良県</b>
(ふりがな) 氏 名	<b>けんこう</b> <b>ならこ</b>
	<b>健康</b> <b>奈良子</b>
生 年 月 日	<b>昭和 10</b> 年 <b>10</b> 月 <b>10</b> 日
抹 消 の 理 由	<b>死亡のため</b>

抹消の理由を具体的に記入

栄養士法施行令第4条第1項の規定により栄養士名簿登録の抹消を申請します。

令和元 年 **5** 月 **9** 日

申請日を記入

(〒 **633 - 0062** TEL ( **0744** ) **43 - 3131** )

住 所 **桜井市粟殿1000**

申請者の現住所、連絡先、  
氏名、本人との続柄を記入

申請者氏名 **健康 太郎**

本人との続柄 ( **長男** )

奈良県知事 殿

※ 登録抹消申請に必要な添付書類

- (1) 栄養士免許証
- (2) 死亡又は失踪の宣告を受けたことを証する書類  
(死亡診断書、戸籍謄本もしくは抄本、失踪宣告書等)