

受 付 印 欄	申請手数料収入済欄

栄養士免許証再交付申請書
(宛先)
埼玉県知事

令和
年
月
日

〒

住所
氏名
電話番号

自宅（携帯）
勤務先

(
)
(
)

次のとおり栄養士免許証の再交付を申請します。

登 録 番 号	第 号	登録年月日	昭和 平成 年 月 日 令和
再 交 付 理 由	破った 汚した 失った		
本 籍 地 (国 籍 等)	都 道 府 県		
ふ り が な	(氏)	(名)	
氏 名			
	(旧姓)		
※ 通 称 名			
生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日		

注 1 日本の国籍を有しない者は、本籍地を住民基本台帳法第30条の45に規定する国籍等で、生年月日を西暦で記入すること。
 また、免許証に通称名が併記されている場合は、※欄に記入すること。

2 免許証に旧姓が併記されている場合は、(旧姓) 欄に記入すること。