

第五号様式(第五条関係)

* 抹消年月日					
管理栄養士名簿登録抹消申請書					
登録 番号	第	号	登 録 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日
本 籍 地 都道府県名 (国 籍)					
ふりがな	(氏)	(名)			
氏 名					
生年月日	大正 昭和 平成 令和 西暦 年 月 日				
抹 消 理 由 の 生じた年月日	令和 年 月 日				
抹 消 理 由	死 亡 ・ 失 踪 ・ そ の 他				
上記により、管理栄養士名簿登録の抹消を申請します。					
令和 年 月 日					
電 話	()				
住 所	〒 都道 府県				
氏 名					
厚生労働大臣 殿					

- 備考 1 *印欄には、記入しないこと。
- 2 該当する不動文字を○で囲むこと。
- 3 この申請書には、管理栄養士免許証を添付すること。
- 4 用紙の大きさは、A4 とすること。