

様式第5号（第5条関係）

茨城県収入証紙を添付

手数料納付額	審査者
金 3,700円	

栄養士免許証再交付申請書

登録番号	第 号	登録年月日	年 月 日
------	-----	-------	-------

本籍地都道府県名 (国籍)	都道府県		
ふりがな	(氏)	(名)	
氏 名	(旧姓)		
	(通称名)		
	生年月日	年 月 日	性 別

免許証を（ 破った・汚した・失った ）ので栄養士免許証の再交付を申請します。

年 月 日

住 所	(〒 -)		
電話番号	()		
氏 名	(氏)	(名)	

茨城県知事 殿

備考

- 1 国籍は、日本の国籍を有しない場合に記載すること。
- 2 旧姓又は通称名は、免許証に併記されている場合に限り記載すること。
- 3 性別及び再交付の理由は、該当するものを○で囲むこと。