

様式第5号

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

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	年 月 日
再 交 付 理 由	破った 汚した 失った		
本 籍 地 (国 籍)	都 道 府 県 (国)		
ふ り が な	(氏)	(名)	
氏 名	(旧姓)		
※ 通 称 名			
生 年 月 日	年 月 日	性 別	男 ・ 女

- 注 1 外国の国籍を有する者は本籍地を国籍で、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。