＊都道府県

　番　　号

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。