

*登録番号

*訂正書換え
交付年月日収入印紙欄
(消印しないこと)

管理栄養士名簿訂正・免許証書換え交付申請書

登録
番号

第

号

登録
年月日昭和
平成
令和

年

月

日

変更を生じた事項

	変 更 前	変更後（第1回）	変更後（第2回）
本籍地 都道府県名 (国籍)			
ふりがな			
氏 名			
	(旧姓)	(旧姓)	(旧姓)
旧姓併記の希望		有 ・ 無	有 ・ 無
通 称 名			
性 別	男 ・ 女	男 ・ 女	

(氏名は、戸籍上の文字で記入すること)

変更の理由
及び年月日

上記により、管理栄養士名簿訂正・免許証の書換え交付を申請します。

令和 年 月 日

電 話

()

住 所

〒

都 道
府 県

氏 名

生年月日

大正
昭和
平成
令和
西暦

年

月

日

厚生労働大臣 殿

- 備考
- *印欄には、記入しないこと。
 - 該当する不動文字を○で囲むこと。
 - この申請書には、所定の手数料に相当する収入印紙を貼ること。
 - 名簿訂正の申請をするには、申請の原因となった事実を証する書類を添付すること。
書換え交付の申請をするには、管理栄養士免許証を添付すること。
 - 用紙の大きさは、A4とすること。