**栄養士名簿登録抹消申請書**

令和　　　年　　　月　　　日

島根県知事　様

住 所　〒

（ふりがな）

申請者氏名

電　　話　　　　　　（　　　　　）

次のとおり、栄養士名簿登録の抹消を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 登録番号 | 第　　　　　　　　　　　号 | 登録年月日 | 昭和平成　　　　　 年　　　　月　　　　日令和 |
| 抹消の生じた年月日及び理由等 | ・登録者氏名・登録者生年月日　　　大正・昭和・平成・令和 　　　　年　　　　月　　　　日・理由の発生した年月日　　昭和・平成・令和　 　　　　年　　　　月　　　　日・理　　由 |

※抹消の生じた日から３０日以上経過している場合は「栄養士名簿抹消申請遅延理由書」を提出してください。