

※文書番号		収入証紙欄又は 整理番号欄											
※登録番号													
※登録年月日													

栄養士免許証再交付申請書

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

本籍 (国籍)		
ふりがな	(氏)	(名)
氏名		
(旧姓)		
通称名		

生年月日	昭和 平成 令和 西暦	年	月	日
------	----------------------	---	---	---

再交付事由	1 亡失 2 毀損 3 汚損 4 焼失 5 盗難 6 その他 ()
-------	--

上記のとおり栄養士免許証の再交付を申請します。

年 月 日

住所	〒	電話	()
氏名			

長野県知事 様

- (添付書類)
- 亡失の時は、その理由書
 - 毀損・汚損の時は、その栄養士免許証
 - 住民票の写し（本籍が記載されており、かつマイナンバーの記載のないもの）、戸籍抄（謄）本のうちいずれか
※発行の日から6か月以内のもの