

様式第1号

受付印欄	申請手数料収入済欄

栄養士免許申請書

(宛先)

埼玉県知事

令和 年 月 日

〒

住所

氏名

電話番号 自宅(携帯) ( )

勤務先 ( )

栄養士の免許を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

本籍地 (国籍)	都道 府県 (国)		
旧姓併記の 希望の有無	有 ・ 無		
ふりがな	(氏)	(名)	
氏名			
	(旧姓)		
※通称名			
生年月日	昭和 平成 年 月 日	性別	男 ・ 女
免許資格			
養成施設卒業		試験合格	
卒業年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	試験合格 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 令和
養成施設名	合格番号		第 号
	試験施行地	都道 府県	
1 罰金以上の刑に処せられたこと(該当するものを○で囲むこと。) (1) ありません。 (2) あります。 (2)のときは、その罪、刑及び刑の確定年月日 ( ) 2 栄養士の業務に関する犯罪又は不正の行為をしたこと(該当するものを○で 囲むこと。) (1) ありません。 (2) あります。 (2)のときは、犯罪又は不正の行為の事実及び年月日 ( )			

- 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、通称名の併記を希望する場合は、※欄に記入すること。
- 2 旧姓の併記を希望する場合は、(旧姓)欄に記入すること。