＊都道府県 番　　号	

第四号様式（第四条及び第六条関係）

＊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 （国籍等）			
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　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、所定の手数料に相当する収入印紙を貼ること。

４　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。

５　用紙の大きさは、Ａ４とすること。