＊都道府県 番　　号	

第五号様式（第五条関係）

＊抹消年月日	

管理栄養士名簿登録抹消申請書

登録 番号	第　　号	登　録 年月日	昭和 平成 令和	年　　月　　日

本　籍　地 都 道 府 県 （国籍等）	

ふりがな	（氏）	（名）
氏　　名		

生年月日	大正 昭和 平成 令和 西暦	年　　月　　日

抹 消 理 由 の 生じた年月日	令和　　年　　月　　日

抹 消 理 由	死　亡 ・ 失　踪 ・ そ の 他

上記により、管理栄養士名簿登録の抹消を申請します。

令和　　年　　月　　日

電　　話	（　　）
住　　所	〒　　都道 府県
氏　　名	

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、管理栄養士免許証を添付すること。

４　用紙の大きさは、Ａ４とすること。