＊都道府県 番　　号	

第六号様式（第七条関係）

＊登 録 番 号	
＊再交付年月日	

収入印紙欄 （消印しないこと）

管理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　地 都 道 府 県 （国籍等）	

（氏名は、戸籍上の文字で記入すること）

ふりがな	（氏）	（名）
氏　　名		
	（旧姓）	
通　称　名		

性　別	男
	女

生年月日	大正 昭和 平成 令和 西暦	年　　月　　日

上記により、管理栄養士免許証を（破った、汚した、失った）ので、免許証の再交付を申請します。

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、所定の手数料に相当する収入印紙を貼ること。

4　破った又は汚したときは、その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。