

訂正がある場合は二重線を引いて
ください。(訂正印は不要です。)

記入例

申請日を記入してください。
(令和〇年と記入する)

令和3年 1月 4日

福祉保健局保健政策部

健康推進課長 殿

本籍地の都道府県名(外国籍の場合は国
名)を記入してください。

本籍地 都道府県名(国籍) 東京都

現住所を記入してください。

住所 新宿区西新宿 2-8-1

連絡先の電話番号を記入してください。
(携帯電話番号でも可)

電話 03-30△×-0△×0

ふりがな どうきょう はなこ

氏名 東京 花子

パスポートで確認しながら記入して
ください。

パスポート

英文スペル Hanako Tokyo

※名簿訂正・書換えがお済でない方は、必ず名
簿訂正・書換え交付申請をしてください。

生年月日 元号 昭和55年 5月 5日

西暦 1980年 5月 5日

栄養士資格登録証明書(英文) 交付申請書

下記により、栄養士資格登録証明書(英文)の交付を申請します。

記

1 登録番号及び登録年月日
東京都第 1 2 3 4 5 6 号 平成15年 3月 31日

免許証を確認しながら、登録番号及び登録年月日を記入してください。
(登録年月日は、免許証(裏)に記入してある栄養士免許証もあります。)

2 請求枚数 1 通

必要枚数を記入してください。手数料は1通につき
400円です。

手数料印

年 月 日

福祉保健局保健政策部

健康推進課長 殿

本籍地 都道府県名（国籍）

住 所

電 話

ふりがな

氏 名

パスポート

英文スペル

生年月日 元号 年 月 日

西暦 年 月 日

栄養士資格登録証明書（英文）交付申請書

下記により、栄養士資格登録証明書（英文）の交付を申請します。

記

1 登録番号及び登録年月日

東京都第 号 年 月 日

2 請求枚数 通

手 数 料 印