

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8年3月1日

保健医療局保健政策部

健康推進課長 殿

現在の本籍地、現住所、氏名を記入してください。
なお、名簿訂正・書換え交付がお済でない方は、必ず名簿訂正・書換え交付申請をしてください。

本籍地 都道府県名(国籍) 東京都

住所 新宿区西新宿 2-8-1

ふりがな どうきょう はなこ
氏名 東京 花子

パスポート

パスポートで確認しながら記入してください。

英文スペル Hanako Tokyo

生年月日 元号 昭和55年5月5日

西暦 1980年5月5日

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 03-3〇△×-〇△×〇

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

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。)

東京都第 1 2 3 4 5 6 号

平成15年3月31日

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。

保健政策部健康推進課		手数料印
令和	年	月 日
照合済		

年 月 日

保健医療局保健政策部

健康推進課長 殿

本籍地 都道府県名（国籍）

住 所

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

電 話

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

保健政策部健康推進課		手 数 料 印	
令和 年 月 日			
照合済			