

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（国籍等）

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		