

## 愛知県外 在住者用

# 栄養士免許証再交付申請について

(免許証を破り、汚し又は失ったとき)

**愛知県知事が交付した免許証であることを確認**の上、申請してください。

## 1 提出物

	書類等	注意点
<input type="checkbox"/>	(1) 栄養士免許証再交付申請書 (様式 3)	記入誤りは、二重線で訂正 名簿登録番号・年月日は記入不要
<input type="checkbox"/>	(2) 栄養士免許証	<u>原本</u> を同封(折り曲げ可) 紛失した場合は不要
<input type="checkbox"/>	(3) 普通為替証書 3,700円分 (手数料)	<u>郵便局で普通為替証書を購入し、無記入で同封</u>
<input type="checkbox"/>	(4) 返送用 レターパックプラス 600 円	免許証の送付に使用するので、宛先を記入 (折り曲げ可)
<input type="checkbox"/>	(5) 本人確認書類	運転免許証等のコピー(顔写真付きの公的書類)
<input type="checkbox"/>	(6) り災証明書	災害により失った場合のみ

## 2 提出方法等

- ・(1)から(6)を全て同封し、必ず記録の残る方法(簡易書留やレターパック等)で送付してください。
- ・提出物に不備がないよう、内容をよく確認した上で提出してください。特に、(4)の返送用レターパックプラスの同封忘れに御注意ください。
- ・新しい免許証が届くまでに1か月程度かかります。

送付先・問合せ先

〒460-8501(住所記載不要)

愛知県保健医療局健康医務部健康対策課 歯科・栄養グループ

電話 052-954-6271(ダイヤルイン)

様式3

愛知県収入証紙  
貼付欄

栄養士免許証再交付申請書

令和 年 月 日

愛知県知事 殿

住 所 〒

ふりがな  
氏名

電話

本籍地の都道府県名  
(外国籍の場合はその国籍)

生年月日 昭・平・令 年 月 日  
(外国籍の場合は西暦で記入)

下記により、栄養士免許証の再交付を申請します。

記

1 名簿登録番号 愛知県 第 号

2 名簿登録年月日 昭・平・令 年 月 日

3 理由 破った・汚した・失った

4 破り、汚し、又は失った年月日 昭・平・令 年 月 日

5 破り、汚し、又は失った免許証の旧姓又は通称名併記の有無 (有の場合、旧姓又は通称名の別及びその氏名)

有・無 ( 旧姓 ・ 通称名 )

(添付書類) 各1通

- 1 栄養士免許証 (破った、汚した場合のみ)
- 2 り災證明書 (災害により失った場合のみ)

記入例（愛知県外在住者用）

様式3

愛知県収入証紙  
貼付欄

貼付不要

栄養士免許証再交付申請書

令和 3年 1月 4日

愛知県知事 殿

現住所をマンション名等の建物名、  
号室まで記入すること

現在の氏名を記入すること

住 所 〒460-8501  
名古屋市中区三の丸三丁目1番2号  
西庁マンション401号室  
ふりがな  
氏 名  
あいち はなこ  
愛知 花子

現在の本籍地都道府県名を記入  
すること

電 話 090-XXXX-0000  
本籍地の都道府県名 愛知県  
(外国籍の場合はその国籍)

生年月日 昭・平・令 10年12月7日  
(外国籍の場合は西暦で記入)

下記により、栄養士免許証の再交付を申請します。

記

1 名簿登録番号 愛知県 第 99999 号

2 名簿登録年月日 昭・平・令 30年3月18日

3 理由 破った・汚した・失った

4 破り、汚し、又は失った年月日 昭・平・令 元年11月22日

5 破り、汚し、又は失った免許証の旧姓又は通称名併記の有無（有の場合、旧姓又は通称名の別及びその氏名）

有・無 (旧姓・通称名)

名簿登録されてい  
る（栄養士免許証  
に記載されてい  
る）番号、年月日  
を記入すること  
※不明な場合は記  
入不要

該当する方を○で囲むこと

有りの場合は右側にその内容を記入すること

※紛失等した免許証に旧姓又は通称名を併記していたか  
の確認欄です。新たに併記を希望する場合は、別途

「栄養士免許証書換交付申請（3,300円）」が必要  
になります。

不明な場合にはお申し出ください