取　下　げ　願

厚生労働大臣　様

〒

届出者　住所

氏名

下記の理由により、管理栄養士免許証再交付申請を取下げ願います。

記

申　請　日　　令和　　年　　月　　日

登 録 番 号　　第　　号

登録年月日　　昭和 ・ 平成 ・ 令和　　年　　月　　日

本　籍　地　　（　　）

氏　　名　　（　　）

生 年 月 日　　昭和 ・ 平成 ・ 令和 ・ 西暦　　年　　月　　日

取下げ理由　　（　　）