

様式第3号(第2条関係)

年 月 日

岩手県知事 様
(保健所長)

住 所

ふり がな
氏 名

年 月 日生

(電話番号)

製菓衛生師名簿登録消除申請書

製菓衛生師法施行令第4条の規定により、次のとおり申請します。

1 登録を受けている者の氏名、登録番号及び登録年月日

(1) 氏名

(2) 登録番号

(3) 登録年月日

2 登録消除の理由

備考 製菓衛生師免許証を添付してください。また、登録を受けている者が死亡または失踪している場合は、それを証する書類（死亡診断書、戸籍抄（謄）本、失踪宣告書等）を添付してください。

(A4)