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

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）