

(表)

調理師免許証再交付申請書

茨城県知事 殿 年 月 日	
本籍地(都道府県名又は国籍)	
住 所	
(ふりがな)	
氏 名	
(旧姓・通称名)	
年 月 日生	
電話番号	
調理師名簿登録番号	第 号
調理師名簿登録年月日	年 月 日
調理師名簿記載の住所地を所管している保健所名 保健所	
次の理由により調理師免許証の再交付を申請します。	
理由	該当するものを○印で囲み、その他の場合には、その内容を()内に簡明に記載してください。 破損・汚損・紛失・その他()

添付書類 破損及び汚損の場合には、現存する調理師免許証

- 注 意
- 1 本籍地は、都道府県名だけ記載してください。
 なお、外国籍の方は、その国籍を記載してください。
 - 2 旧姓又は通称名は、免許証に併記されている場合に限り記載してください。
 - 3 手数料(茨城県収入証紙)は、裏面の貼付け欄に貼付けてください。
 なお、消印はしないでください。

(裏)

[茨城県収入証紙貼付け欄]

証紙	1		6		11
	2		7		12
	3		8		13
	4		9		14
	5		10		15