

調 理 師 名 簿 消 除 申 請 書

本籍地都道府県名 〔日本の国籍が ない者の場合 には、その国籍〕	都 道 (国籍) 府 県		
ふ り が な 氏 名			
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生	性 別	男 ・ 女
登録(免許)年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	登録番号	第 号
消 除 の 理 由			

上記により調理師名簿の登録消除をされるよう調理師法施行令第12条の規定により
関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

奈 良 県 知 事 殿

(〒 -)
住 所
(TEL - -)
氏 名

- 1 免許証を添付してください。ただし、添付できないときは、その理由を証明する書類を添付してください。
- 2 調理師が死亡し、又は失そうの宣告を受けたことにより名簿の消除を申請するときは、届出義務者はそのことを証明する戸籍謄本又は戸籍抄本を添付してください。