

別紙 4

様式第 5 号(第 5 条, 第 7 条関係)

調理師免許再交付申請書

茨城県知事 殿 年 月 日	
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り付けてください。

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