

記入例

第8号様式（第7条関係）

年 月 日

※申請日を記入してください。

高知県知事 様

返納者 住所 高知県高知市丸ノ内1丁目2番20号

氏名 保健 花子

電話番号 088-823-9675

※日中連絡がとれる番号を記入してください。

調理師免許証返納書

調理師法施行令第14条第4項（第15条第2項）の規定により、調理師免許証を次のとおり返納します。

登録者	登録番号	第 123456 号
	登録年月日	平成21年 3月 25日
	本籍地都道府県名（国籍）	高知県 ※本籍地の都道府県名を記入してください。日本国籍を有しない方は国籍を記入してください。
	ふりがな氏名	ほけん はなこ 保健 花子 ※かい書で正確（戸籍で使用されている漢字）に記入してください。
	生年月日	平成元年 1月 1日
返納の理由	1 失った調理師免許証を発見した (発見年月日： 年 月 日)	※該当するものに○を付けてください。 また、年月日も記入してください。
	2 調理師免許の取消処分を受けた (取消年月日： 年 月 日)	

注 返納の理由が生じた日から5日以内に返納してください。