様式第一（第一条関係）

|  |
| --- |
| **調 理 師 免 許 申 請 書** |
| 　１　免許取得資格について、該当するどちらかに年月を記入すること。　(1)　調理師法第３条第１項第１号（調理師養成施設卒業）　　　　　年　　月　卒業　　(2)　調理師法第３条第１項第２号（調理師試験合格）　　　　　　　年　　月　合格　２　調理師免許取消し処分の有無。（有の場合、その理由及び年月日）　　有・無　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　３　罰金以上の刑に処せられたことの有無。（有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日）　　有・無　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　４　旧姓併記の希望の有無。　　有・無　上記により、調理師免許を申請します。　　令和　　　年　　　月　　　日 |
| 　 | 本籍地都道府県名（国籍） | 　 |  |
| 　 |
| 　 | 電話 | 　　　　　（　　　　　） | 　 |
| 住所 | 〒都道府県 |  | 　 |
| （氏名は、戸籍上の文字で記入すること） |
| 　 | ふりがな | （氏） | （名） | 　 |
| 氏名 |  |  |  | 性別 | 男 |  |
|  | 女 |  |
| （旧姓） |  |
|  | 通称名 |  |  |  |
| 　 |
| 　 | 生年月日 | 昭和平成令和西暦 | 年　　　　　月　　　　　日 | 　 |
| 北海道知事　殿 |

北海道収入証紙貼付欄

備考　１　該当する不動文字を○で囲むこと。

　　　２　用紙の大きさは、Ａ４とすること。

　　　（最寄りの医療機関で診断をうけてください）

|  |
| --- |
| 　　　 　　　　**診　　　断　　　書** 　 住　　所 　 氏　　名　　　　　　 　　　　　　　　　　年　　月　　日生（満　　歳）　　　上記の者は、麻薬、あへん、大麻若しくは覚せい剤の中毒者でない　　ことを認める。　 上記のとおり診断しました。 　　　年　　月　　日 　 医療機関名 所在地  医師氏名  |