

登録証明書再交付申請書

登録番号		登録年月日	
衛生検査所の名称			
衛生検査所の所在地	〒 TEL		
再交付申請の理由			
備 考			

上記により、登録証明書の再交付を申請します。

年 月 日

住 所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏 名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

（宛先）秋田市保健所長

（注意） 1 用紙の大きさは、A4 とすること。

2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。