様式第4号(第3条関係)

年　　月　　日

　福井県　　保健所長　様

住所

氏名

|  |  |
| --- | --- |
|  | 法人にあつては、その主たる事務所の所在地、名称および代表者の氏名 |

クリーニング所検査確認済の証再交付申請書

　クリーニング所検査確認済の証を亡失(毀損)したので、クリーニング業法施行細則第3条第3項の規定により再交付を申請します。

1　クリーニング所の名称および所在地

2　クリーニング所検査確認済の証の年月日および番号

3　亡失(毀損)した理由およびその年月日

備考　毀損の場合には、毀損したクリーニング所検査確認済の証を添付すること。