

年 月 日

福井県 保健所長 様

住 所

氏 名

紛 失 届

下記の確認済の証を紛失したので、お届けします。

記

- 1 確認済の証の種類 クリーニング所検査確認済の証
- 2 確認済の証の番号 福井県 保第 号
- 3 確認済の証の年月日 年 月 日
- 4 営 業 所 名 称
- 5 営 業 所 在 地
- 6 営 業 者 氏 名