

年 月 日

福井県 保健所長 様

住 所

氏 名

印

(法人にあつては、法人の名称、主たる事務所の所在地および代表者の氏名)

紛 失 届

下記の営業許可証を紛失しましたから、お届けします。

記

- 1 指令番号                      保第                      号
- 2 許可年月日                      年                      月                      日
- 3 業                      種
- 4 営業所所在地
- 5 営業者氏名
- 6 生年月日
- 7 条件  
    (1) 許可の有効期間                      年                      月末日まで  
    (2)

(注) 条件の(2)は、その他条件のあつた場合に記入してください。