年　　月　　日

 　　　　　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

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