様式第４号（第３条関係）

年　　　月　　　日

　　　　　保健所長　様

　　住　所

　　氏　名

（法人にあっては、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（き損）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

名　称：

　　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

　　　　　　　年　　　月　　　日 　　　　福井県　　　保　　　　　　　号

３　亡失（き損）した理由およびその年月日

理　由：

　　　　　　年　　　　月　　　　日

備考

　　き損の場合は、き損したクリーニング所検査確認済の証を添付すること。