

様式第十一（第十九条関係）

登 録 証 明 書 再 交 付 申 請 書

登録番号		登録年月日	
衛 生 検 査 所 の 名 称	(フリガナ)		
衛 生 検 査 所 の 所 在 地	〒 TEL: ()		
再 交 付 申 請 の 理 由			
備 考			

上記により、登録証明書の再交付を申請します。

年 月 日

住 所 〒
〔 法人にあっては、主たる事務所の所在地 〕

氏 名
〔 法人にあっては、名称及び代表者の氏名 〕

担当者：
連絡先：

(あて先)
大津市保健所長

- (注意)
- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
 - 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。