

施設番号				交付予定		／		受付入力			
検査確認済の証再交付申請・紛失申立書											
年 月 日											
大 阪 市 保 健 所 長											
申請者住所（法人の場合は事務所の所在地） 〒											
申請者氏名（法人の場合は名称、代表者氏名）											
TEL											
次の施設について、交付を受けた検査確認済の証を 紛失・破損・汚損 したので、再交付願います。											
営 業 の 種 類		理容所 ・ 美容所 ・ クリーニング所									
施 設 名 称		TEL									
所 在 地		大阪市 区									
再交付を必要とする理由		紛 失 ・ 破 損 ・ 汚 損									
☐ 紛失した検査確認済の証を発見した場合は、速やかに保健所長へ返還することを誓約します。（注）											
◎持参書類（原本確認後、返却します。） 検査確認済の証（破損又は汚損の場合）										保健所受付印	

（注） 検査確認済の証を紛失した場合は誓約が必要です。
行政書士法等行政手続きに関する法律を遵守すること。

（以下 保健所記入欄）

上記検査確認済の証再交付申請・紛失申立書を受理し、別添「検査確認済の証」を作成します。

指令番号及び受理年月日				大保環第		号		年	月	日
起案			決裁			完結			取扱責任者	文書主任
決裁	所長	主幹		副主幹		係長		担当者	受付者	
	所長印 専用									
	通 箇所									