

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			
衛生検査所の所在地	〒		
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。

令和 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）

大阪市保健所長様

保健福祉センター受付印	手数料収納印	大阪市保健所受付印