

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	