

別記第5号様式

届出済証の再交付願い

年 月 日

保健所長 様

開設者 住 所
氏 名
電 話

(法人にあつては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名)

届出済証の再交付を受けたいので、秋田県コインオペレーションクリーニング営業施設衛生措置等指導要綱第3第5項の規定により、次のとおり提出します。

営業施設の名称	
営業施設の所在地	
再交付願いの理由	破った ・ 汚した ・ 失った
備考	

(注) 届出済証を破った(汚した)場合には、その届出済証を添えてください。