第５号様式（第９条第１項関係）

コインオペレーションクリーニング営業施設開設確認済証再交付申請書

年　　月　　日

　 保健所長　様

郵便番号

届出者 住　所

（営業者）氏　名

　　　 （電話　　　局 番）

|  |  |
| --- | --- |
| 下記のとおりコインオペレーションクリーニング営業施設開設確認済証を | 亡失  損傷 |
| したので、山口県コインオペレーションクリーニング営業施設の衛生指導要綱第９条 | |
| 第１項の規定により再交付を申請します。 | |

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 営業施設 | 名　　　　　称 |  |
| 所在地 |  |
| 交付年月日及び番号 | |  |
| 亡　 　失  　　の理由  損 　　傷 | |  |
| 亡 　　失  　　の年月日  損　　 傷 | |  |

添付書類

損傷した場合は、その確認済証