衛　様式２

**衛生検査所登録変更申請書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 登録番号 |  | 登録年月日 |  |
|  |  　℡（　　　　）　　－ |
| 衛生検査所の所在地 | 　〒　　　－　　　　 |
| 変更内容 | 変　　　更　　　前 | 変　　　更　　　後 |
|  |  |
| 備　　考 |  |

 上記により、衛生検査所の登録の変更を申請します。

 　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、名称及び代表者の職氏名）

尼崎市保健所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　検収印

　　現金　６１，０００円

（添付書類）

　　１　登録証明書

２　検査内容の変更により、変更が必要となる機器、各書類に関する資料