衛　様式６

**衛生検査所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、名称及び代表者の職氏名）

尼崎市保健所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　検収印

　　　　現金　８．２００円